Thanh-Lan Ngô

Avec la collaboration de Louis Chaloult et Jean Goulet

GUIDE DE PRATIQUE POUR L'ÉVALUATION ET LE TRAITEMENT COGNITIVO-COMPORTEMENTAL DU TROUBLE DÉPRESSIF MAJEUR (TDM)

Document de travail

Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal,

Polyclinique médicale Concorde, Cité de la Santé de Laval

À PROPOS DE CE GUIDE DE PRATIQUE

Ce guide de pratique s'adresse avant tout aux cliniciens à qui il cherche à fournir une information concise, pratique et raisonnablement à jour sur la compréhension et la thérapie cognitivo-comportemental (TCC) du Trouble dépressif majeur (TDM). La présente version demeure toutefois un **document de travail**. Elle n'a pas la prétention d'être complète et elle peut faire l'objet de discussions, de corrections ainsi que de modifications futures.
Nous référons les lecteurs à l'ouvrage de Chaloult et coll. (2008) pour une présentation théorique et pratique des principes fondamentaux de la TCC.

-.-

À PROPOS DES AUTEURS

Thanh-Lan Ngô est médecin psychiatre. Elle pratique à la clinique des maladies affectives du Pavillon Albert Prévost qui relève du département de psychiatrie de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Elle est professeure au département de psychiatrie de l'Université de Montréal.

Louis Chaloult est médecin psychiatre. Il pratique en bureau privé à la Polyclinique médicale Concorde, à Laval. Il a été professeur au département de psychiatrie de l'Université de Montréal de 1980 à 2010.

Jean Goulet est médecin psychiatre. Il pratique au département de psychiatrie de la Cité de la Santé de Laval et au département de psychiatrie de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Il est professeur au département de psychiatrie de l'Université de Montréal.

SOMMAIRE

SECTION I
INTRODUCTION

Le trouble dépressif majeur est une maladie très répandue

L'incidence et la prévalence du Trouble dépressif majeur varie considérablement d'une étude à l'autre, mais tous s'entendent pour dire qu'il s'agit d'une pathologie qui se rencontre fréquemment. Sa prévalence à vie se situe à 12.2% au Canada (Public Health Agency, 2006). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la dépression sera la maladie associée au deuxième plus grand fardeau global en 2020.

Le trouble dépressif majeur se situe parmi les maladies les plus souffrantes

Le déprimé a l'impression qu'il est indigne, que son entourage est hostile ou incapable de l'aider et qu'il ne dispose pas ou peu de moyens pour s'en sortir (triade de Beck).

Le trouble dépressif majeur est une maladie dangereuse

1. Il est souvent mortel. Officiellement le suicide est responsable de 2 % de la mortalité au Québec. C'est également la deuxième cause de mortalité chez les adolescents.
2. Il cause ou accentue plusieurs pathologies organiques, en particulier les maladies psychosomatiques.
3. Il cause ou accentue plusieurs formes de toxicomanies, en particulier l'alcoolisme.

Le trouble dépressif majeur est encore mal connu du grand public et souvent même des médecins ou autres professionnels de la santé

Par exemple :

1. 15 % seulement des enfants ou des adolescents souffrant de maladies mentales graves, plus particulièrement de dépression, voient leurs pathologies identifiées et traitées adéquatement.
2. 25 % des personnes âgées «laissées pour compte», parce qu'on pense qu'elles souffrent de démence, présentent des pathologies psychiatriques traitables mais non détectées, plus particulièrement des dépressions (pseudo-démence).

3. Selon Stanley Lesse (1977), 50 % des gens qui consultent à répétition leur médecin pour des maladies physiques et chez qui on ne trouve pas de pathologie organique souffrent de dépression. 65 % des dépressions masquées ne sont pas démasquées avant deux ans de suivi organique ou plus.

Le trouble dépressif majeur se traite et se guérit dans la très grande majorité de cas

1. Il existe des médicaments efficaces, entre autres les antidépresseurs et les stabilisateurs de l'humeur.
2. Il existe également des formes de psychothérapie qui donnent d'excellents résultats en particulier la psychothérapie cognitivo-comportementale. En fait, celle-ci s'intéresse depuis ses débuts au traitement de la dépression. Son efficacité dans ce domaine a été démontrée par des recherches abondantes et convaincantes. Donnons quelques exemples. La psychothérapie cognitive seule est autant ou plus efficace à moyen et à long terme que les antidépresseurs (Cottraux, J., 1990, p.198). Deux méta-analyses (Dobson, 1989, 28 études et Robinson et coll., 1990, 58 études) démontrent une efficacité égale ou supérieure de la psychothérapie cognitive aux autres formes de psychothérapie dans le traitement de la dépression. Seule la psychothérapie interpersonnelle a également fait l'objet d'abondantes recherches et possède des résultats comparables à ceux de l'approche cognitivo-comportementale (p.ex., Luty et al., 2007)

SECTION II

ÉVALUATION DU TROUBLE DÉPRESSIF MAJEUR

Cette section se divise en deux parties :

II.1 Les critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur selon le DSM-5.

II.2 Les diagnostics différentiels

II.3 Les outils d'évaluation pour un épisode dépressif majeur.

II.1 LES CRITÈRES DIAGNOSTIQUES D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR SELON LE DSM-5

A. Five (or more) of the following symptoms have been present during the same 2-week period and represent a change from previous functioning; at least one of the symptoms is either (1) depressed mood or (2) loss of interest or pleasure.

1. Depressed mood most of the day, nearly every day, as indicated by either subjective report (e.g., feels sad, empty, hopeless) or observation made by others (e.g., appears tearful). (**Note :** in children and adolescents, can be irritable mood.)
2. Markedly diminished interest or pleasure in all, or almost all, activities most of the day, nearly every day (as indicated by either subjective account or observation).
3. Significant weight loss when not dieting or weight gain (e.g., a change of more than 5% of body in a month), or decrease or increase in appetite nearly every day. (**Note :** In children, consider failure to make expected weight gain.)
4. Insomnia or hypersomnia nearly every day.
5. Psychomotor agitation or retardation nearly every day (observable by others, not merely subjective feelings of restlessness or being slowed down).
6. Fatigue or loss of energy nearly every day.
7. Feelings of worthlessness or excessive or inappropriate guilt (which may be delusional) nearly every day (not merely self-reproach or guilt about being sick).

8. Diminished ability to think or concentrate, or indecisiveness, nearly every day (either by subjective account or as observed by others).
9. Recurrent thoughts of death (not just fear of dying), recurrent suicidal ideation without a specific plan, or a suicide attempt or a specific plan for committing suicide.

B. The symptoms cause clinically significant distress or impairment in social, ccupational, or other important areas of functioning.

C. The episode is not attributable to the physiological effects of a substance or to another medical condition.

Note : Criteria A-C represent a major depressive episode.

Note : Responses to a significant loss (e.g., bereavement, financial ruin, losses from a natural disaster, a serious medical illness or disability) may include the feelings of intense sadness, rumination about the loss, insomnia, poor appetite, and weight loss noted in Criterion A, which may resemble a depressive episode. Although such symptoms may be understandable or considered appropriate to the loss, the presence of a major depressive episode in addition to the normal response to a significant loss should also be carefully considered. This decision inevitably requires the exercise of clinical judgment based on the individual's history and the cultural norms for the expression of distress in the context of loss. [!]

D. The occurrence of the major depressive episode is not better explained by schizoaffective disorder, schizophrenia, schizophreniform disorder, delusional disorder, or other specified and unspecified schozophrenia spectrum and other psychotic disorders.

E. There has never been a manic episode or a hypomanic episode.

Note : This exclusion does not apply if all of the manic-like or hypomanic-like episodes are substance-induced or are attributable to the physiological effects of another medical condition.

Coding and Recording Procedures

The diagnostic code for major depressive disorder is based on whether this is a single of recurrent episode, current severity, presence of psychotic features, and remission status. Current severity and psychotic features are only indicated if full criteria are currently met for a major depressive episode. Remission specifiers are only indicated if the full criteria are not currently met for a major depressive episode. Codes are as follows :

Severity/course specifier	Single episode	Recurrent episode
Mild (p. 188)	296.21 (F32.0)	296.31 (F33.0)
Moderate (p. 188)	296.22 (F32.1)	296.32 (F33.1)
Severe (p. 188)	296.23 (F32.2)	296.33 (F33.2)
With psychotic features** (p. 186)	296.24 (F32.3)	296.34 (F33.3)
In partial remission (p.188)	296.25 (F32.4)	296.35 (F33.41)
In full remission (p. 188)	296.20 (F32.9)	296.30 (F33.9)
Unspecified	296.20 (F32.9)	296.30 (F33.9)

* For an episode to be considered recurrent, there must be an interval of at least 2 consecutive months between separate episodes in which criteria are not met for a major depressive episode The definitions of specifiers are found on the indicated pages.
** If psychotic features are present, code the « with psychotic features » specifier irrespective of episode severity.

In recording the name of a diagnosis, terms should be listed in the following order : major depressive disorder, single or recurrent episode, severity/psychotic/remission specifiers, followed by as many of the following specifiers without codes that apply to the current episode.

Specify :
With anxious distress (p. 184)
With mixed features (pp. 184-185)
With melancholic features (pp. 185)
With atypical features (pp. 185-186)
With mood-congruent psychotic features (p. 186)
With mood-incongruent psychotic features (p. 186)
With catatonia (p. 186). **Coding note :** Use additional code 293.89 (F06.1)
With peripartum onset (pp. 186-187)
With seasonal pattern (recurrent episode only) (pp. 187-188)

II.2 OUTILS D'ÉVALUATION POUR UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR

Dans l'approche cognitivo-comportementale, on considère comme indispensable de bien répertorier les symptômes du patient et d'en évaluer la gravité avant de débuter le processus thérapeutique. Les résultats sont ensuite réutilisés en cours (on peut demander au patient de remplir l'échelle de dépression avant chaque session) et en fin de traitement pour en mesurer l'efficacité. Dans l'épisode dépressif majeur, on utilise surtout les inventaires de Beck pour la dépression et l'anxiété. Notons par contre qu'il ne s'agit pas d'échelles diagnostiques.

1. *L'Inventaire de Beck pour la dépression (voir page 49)*

   Cet inventaire permet d'identifier et de mesurer la gravité des symptômes dépressifs. Les principaux symptômes couvrant les sphères affective, cognitive, comportementale et biologique sont repassés à tour de rôle. Pour mesurer l'intensité du symptôme, on demande au sujet de choisir entre trois, quatre ou cinq phrases qui représentent chacune une intensité différente. Puis on met un pointage selon la phrase choisie, on additionne et le résultat final nous donne une meilleure idée de la gravité de la dépression.

2. *L'Inventaire de Beck pour l'anxiété (voir page 50)*

   La comorbidité entre la dépression et les troubles anxieux est importante. Cet inventaire permet de mieux évaluer les symptômes anxieux accompagnant la dépression.

Des indications sont fournies pour interpréter les résultats des inventaires de Beck pour la dépression et l'anxiété. Rappelons que ces résultats ne sont qu'approximatifs et qu'ils doivent toujours être évalués à la lumière de la clinique.

On peut également se servir du PHQ-9 (voir page 52) pour évaluer les symptômes de dépression majeure et en suivre l'évolution en cours de traitement.

D'autres mesures sont souvent utiles pour évaluer une dépression comme de prendre des informations auprès des membres de l'entourage ou de peser le patient pour vérifier s'il y a une modification du poids. Ajoutons que l'on doit toujours accorder beaucoup d'attention à l'évaluation et à la réévaluation du risque suicidaire.

SECTION III
TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE DU TROUBLE DÉPRÉSSIF MAJEUR

Avant d'offrir un traitement au patient qui présente des symptômes de dépression majeure, il est préférable de s'assurer d'avoir exclu une condition organique (maladies physiques, substances psychoactives) pouvant causer ces symptômes. On suggère de faire un bilan de base comprenant au minimum une TSH et une FSC. Si on envisage donner un antipsychotique atypique, il faudra effectuer un suivi métabolique: peser et demander une glycémie à jeun, les enzymes hépatiques et un bilan lipidique, puis répéter à 3, 6 mois et annuellement.

Avant de prescrire un antidépresseur, il faut aussi s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une maladie bipolaire et donc que le patient n'a jamais présenté d'épisode de manie ou d'hypomanie dans le passé (cf. questionnaire sur la maladie bipolaire), si possible en confirmant avec un membre de la famille. On peut également demander s'il existe une histoire familiale de trouble bipolaire. En effet, la prescription d'un anti-dépresseur chez un patient bipolaire peut provoquer un virage en manie et amener une plus grande instabilité de l'humeur (cycles plus rapides et d'amplitude plus prononcée).

On peut donner un antidépresseur si on a affaire à une dépression majeure modérée à sévère. Un antidépresseur typique prend généralement 4 à 6 semaines à fonctionner. Si le taux de réponse est de moins de 20% à 4-8 semaines (moyenne 6), il faut considérer un autre antidépresseur (cf. tableau I). Ainsi, selon une étude le taux de réponse associé à un deuxième ISRS est de 66% lorsque le premier était mal toléré et 48% si le patient était réfractaire au premier. En général, on a un taux de réponse entre 40 et 50% lorsqu'on change d'antidépresseur. S'il y a une réponse partielle, on suggère de continuer le même médicament pendant 4-8 semaines encore, en augmentant la dose à toutes les 2-4 semaines si le patient cesse de s'améliorer et si la tolérance le permets . S'il y a un plateau, au bout de 8-16 semaines (moyenne 12) de traitement avec le même antidépresseur, à la dose maximale tolérée par le patient, il faut envisager de l'associer à un autre antidépresseur (cf. tableau II) ou de potentialiser avec un autre médicament (cf. tableau III).

Quel antidépresseur choisir ? *Tous les antidépresseurs que vous retrouvez dans le tableau peuvent constituer des premiers choix, à l'exception des tricycliques, tétracycliques, trazodone, et IMAO irréversibles*. Si le patient ou un membre de la famille a déjà répondu à un antidépresseur dans le passé, on peut le represcrire. Si un patient a déjà une préférence marquée pour un antidépresseur on peut en tenir compte. Sinon, on peut se fier au profil d'effets secondaires (tableau IV), des aspects de sécurité et de son coût. Ainsi, si le patient prend plusieurs médicaments, on en choisira un qui comporte peu d'interactions médicamenteuses (ex. : Cipralex, Celexa, Remeron, Effexor). S'il se plaint de gain de poids, on évitera ceux qui sont associés à une prise de poids (ex. : Remeron, Paxil). S'il souffre de boulimie, on évitera les antidépresseurs qui diminuent le seuil convulsif car le patient peut déjà être à risque de convulsion à cause de désordres électrolytiques occasionnés par les vomissements (ex. : Wellbutrin). S'il se plaint d'insomnie un antidépresseur sédatif pourra être prescrit (ex. : Remeron, Paxil). S'il se plaint d'anxiété, on pourra éviter de donner un antidépresseur qui pourrait augmenter le niveau d'anxiété (ex. : Wellbutrin) ou donner une très petite dose de départ (ex. : ½ ou ¼ de la plus petite dose efficace) qu'on augmente progressivement à toutes les semaines jusqu'à ce qu'on atteigne une dose efficace. S'il présente une dépression atypique, les IMAO et ISRS peuvent être considérés, etc.

Comme certaines données suggèrent que le taux de réponse est meilleur lorsqu'on traite l'insomnie des patients déprimés souffrant d'insomnie importante, un hypnotique peut être utilisé transitoirement, surtout s'il n'y a pas de contre-indication comme un passé de dépendance, une déficience, une démence ou un trouble de personnalité (cf. guide sur l'insomnie de cette série pour une discussion plus détaillée des options). On suggère par contre d'éviter de prescrire des benzodiazépines à long terme car elles sont associées à un risque de dépendance, d'augmentation de l'impulsivité, d'augmentation de la fatigue, d'anxiété rebond, etc

Combien de temps doit-on poursuivre les antidépresseurs ? Le risque de rechute lorsqu'on cesse un antidépresseur est de 50% après un épisode, 70% après un 2ème et 90% après un 3ème. Le traitement de maintien est donc crucial. On doit aussi considérer, dans cette phase de traitement, les facteurs suivants : le risque de rechute (augmenté s'il y a présence de comorbidité et de symptômes résiduels), la sévérité de l'épisode (risque suicidaire, psychose, dysfonctionnement majeur), les effets secondaires et la préférence du patient. Après 1 épisode,

on poursuit l'antidépresseur à la même dose jusqu'à 4-5 mois après la rémission totale des symptômes. Après 2 épisodes, on continue 2 ans et après 3 épisodes, on poursuit pendant 5 ans ou à vie. Lorsqu'on décide de retirer l'antidépresseur, il faut le faire progressivement *étant donnés le risques de symptômes de retrait et le plus grand risque de rechute lorsqu'on cesse subitement*. Si on a potentialisé l'antidépresseur avec un autre agent *et que cette potentialisation a amené des bénéfices significatifs,* il faut maintenir le deuxième agent au moins 2-6 mois sinon pendant toute la durée du traitement.

Par ailleurs, il faut s'assurer que le patient adopte de saines habitudes de vie afin de favoriser son rétablissement. On lui recommande de:

- cesser la consommation de stimulants tels le café, le thé, le chocolat ou les boissons gazeuses caféinées s'il souffre d'anxiété ou d'insomnie.
- cesser la consommation d'alcool car il est reconnu que même la consommation modérée d'alcool contribue à la persistance des états dépressifs. S'il est incapable de le faire par lui-même on peut lui suggérer de contacter les alcooliques anonymes ou des ressources de désintoxication (1-800-265-2626).
- s'abstenir de consommer des drogues (ex. : syndrome amotivationnel découlant de l'usage de la marijuana) et s'il est incapable de le faire par lui-même, on peut suggérer des ressources de désintoxication.
- bien s'alimenter (3 repas par jour) pour éviter la fatigue liée à la dénutrition.
- faire de l'exercice car l'exercice aérobique (augmentation de 30 bpm), 3 fois par semaine, pendant 30-45 minutes peut aider à combattre la dépression légère à modérée.

Si le patient souffre de dépression saisonnière, on peut lui suggérer l'achat d'une lampe pour la photothérapie (10000 lux) ou des marches dehors tôt le matin.

S'il présente de l'insomnie, on peut l'encourager à éviter les stimulants, baisser la température de la chambre, faire de l'exercice le jour, limiter les siestes, se réveiller tous les jours à la même heure, ne pas se mettre au lit avant d'être somnolent; s'il ne dort pas au bout de 15 minutes il doit sortir du lit et lire quelque chose d'ennuyeux jusqu'à ce qu'il s'endorme en répétant la procédure si nécessaire.

Tableau I : antidépresseurs fréquemment utilisés

Antidépresseur Nom générique (commercial)	dose de départ (mg/jour)	dose moyenne (mg/jour)	dose élevée * (mg/jour)
Tricycliques ou tétracycliques			
Amines tertiaires			
Amitryptiline (Élavil)	25 BID	100-300	
Clomipramine (Anafranil)	25 BID	75-300	
Amines secondaires			
Desipramine (Norpramin)	25 BID	75-300	
Nortryptiline (Aventyl)	25	50-150	
Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine			
Citalopram (Celexa)	20	20-40	
Escitalopram (Cipralex)	10	10-20	30
Fluoxetine (Prozac)	20	20-40	60-80
Fluvoxamine (Luvox)	50	150-200	400
Paroxetine (Paxil)	20	20-40	60
Sertraline (Zoloft)	50	50-100	150-200
Inhibiteur de la recapture de la dopamine-norépinéphrine			
Bupropion SR (Wellbutrin SR)	100 am	150-300	375-450
Inhibiteur de la recapture de la sérotonine-norépinéphrine			
Venlafaxine SR (Effexor XR)	37.5	75-225	300-375
Modulateurs de la sérotonine			
Trazodone (Désyrel)	50	150-400	
Modulateur de la norépinéphrine			
Mirtazapine (Remeron)	15	15-45	60
Inhibiteurs de la monoamine oxydase			
Irréversible-non sélectif			
Phenelzine (Nardil)	15 am	45-90	
Tranylcypromine (Parnate)	10 BID	20-60	
IMAO-A Réversible			
Moclobemide (Manérix)	150 BID	300-600	900

**** à utiliser avec prudence***

Tableau II : stratégies d'association

Association	dose (mg/j)	pharmacologie
ISRS+bupropion	100-300	5HT+(NA+DA)
ISRS+trazodone	300-600	5HT+ (5HT, 5HT2a)
ISRS+mirtazapine	15-45	5HT+NA (α2,5HT2a/2c, 5HT3, H1)
ISRS+ATC*:		5HT+(5HT,NA, H1, Ach…)
amitryptiline	10-25	
desipramine	25-75	
ISRS+venlafaxine		5HT+NA
ISRS+antipsychotique atypique		5HT+ (5HT2+DA)
Venlafaxine+mirtazapine		5HT+NA (α2,5HT2a/2c, 5HT3, H1)
Venlafaxine+bupropion		5HT+NA+DA

*à utiliser avec prudence

Tableau III : stratégies de potentialisation

Médicament potentialisateur	dose quotidienne (mg sauf si indiqué)	avec
Lithium (Eskalith, Duralith) (taux plasmatiques de 0.8-1.2 mmol/l)	600-900	tout ATD
T3 (Cytomel)	25-50 mcg	TCA ISRS
Buspirone (Buspar)	10-15 TID	ISRS
Méthyphenidate (Ritalin)	10-60	
Dextroamphetamine (Dexedrine)	5-20	
Modafinil (Alertec)	ad 400	
Antipsychotiques atypiques		ISRS IRSN
Olanzapine (Zyprexa)	5-10	
Quetiapine XR (Seroquel XR)	150-300	
Rispéridone (Risperdal)	0.25-2	
Aripiprazole (Abilify)	2-10	
Zeldox	40-80	
Asenapine (Saphris)	0.25	
Tryptophane (Tryptan)	1-3 g	
Pindolol (Visken)	2.5 TID	ISRS IRSN
Lamotrigine (Lamictal)	100-300	
Pramipexole	0.25-1 TID	ISRS

Selon Blier (2013)

Tableau IV : stratégies pour traiter les effets indésirables courants des antidépresseurs

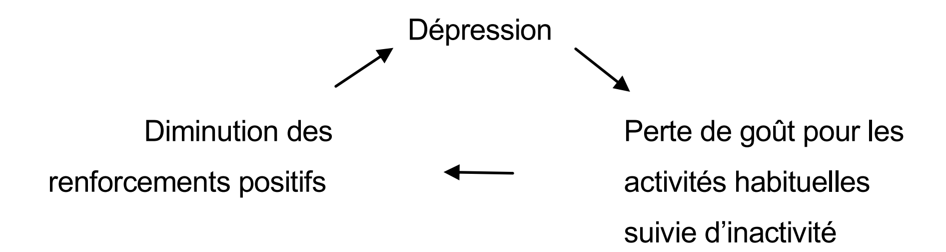
Effet indésirable	Stratégies d'action	Traitement pharmacologique (mg/j)
insomnie	Attendre que le patient tolère le médicament Prescrire le matin Réduire la dose (risque de perte d'efficacité) Changer d'antidépresseur	Ajouter : Zopiclone 7.5 Trazodone 50-100 Amitryptiline 10-50 Tryptophane 500-3000 Ativan 1 (mais attention à la dépendance)
Hypersomnie/fatigue/apathie	Attendre que le patient tolère le médicament Prescrire le soir Réduire la dose (risque de perte d'efficacité) Changer d'antidépresseur	Ajouter : Bupropion 100-200 Désipramine 25-50 Buspirone 10-40
nausées	Attendre que le patient tolère le médicament Réduire la dose (risque de perte d'efficacité) Changer d'antidépresseur Prendre le médicament après le repas	Ajouter dimenhydrinate 25-50 Risque de nausées : fluvoxamine>venlafaxine>sertraline>paroxétine> Fluoxétine>citalopram>mirtazapine gingembre
Dysfonctions sexuelles	Attendre que le patient tolère le médicament Réduire la dose (risque de perte d'efficacité) Changer d'antidépresseur(ex. bupropion, mirtazapine ou moclobemide)	**En cas de baisse de libido, ajouter :** Amantadine 100-400 PRN Bupropion 100-300 Buspirone 15-60 Béthanécol 10-50 PRN Sildénafil 25-100 PRN Yohimbine 5.4-16.2PRN **En cas d'anorgasmie, ajouter:** Amantadine 100-400 Bupropion 75-150 Buspirone 15-60 Mirtazapine 15-45 Sildénafil 25-100 PRN: 1er choix Yohimbine5.4-10.8
Gain pondéral	Exercice physique Régime alimentaire	Bupropion 100-300 Topiramate 50-300 Axid 300 BID
Syndrome de retrait	Si bénin : soutien Diminution progressive de la dose dans le cas d'antidépresseurs à risque plus élevé (i.e. paroxétine, ATC, IMAO, venlafaxine)	Traitement symptomatique (ex. anxiolytique, antiémétique) Cas modérés à sévères : • Reprendre antidépresseur • Passer à un agent à demie-vie plus longue (ex. : Prozac) puis diminuer progressivement

SECTION IV
MODELE COGNITIVO-COMPORTEMENTAL DU TROUBLE DÉPRESSIF MAJEUR

A. L'APPROCHE COMPORTEMENTALE DANS LA COMPRÉHENSION ET LE TRAITEMENT DU TROUBLE DÉPRESSIF MAJEUR

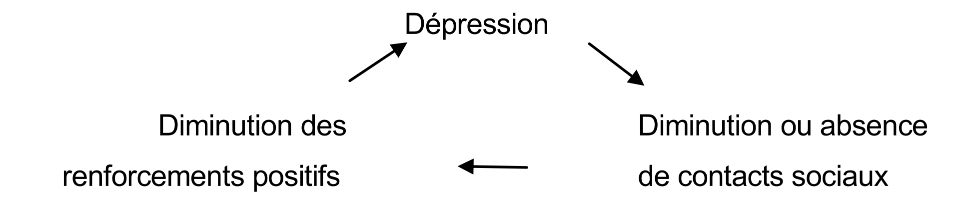
Pour mieux comprendre ce qui suit, expliquons tout d'abord brièvement l'étiologie de la dépression majeure selon l'hypothèse comportementale.

À la suite de causes biologiques (activité du métabolisme des neurotransmetteurs), éducationnelles (système de valeurs inadéquat) ou situationnelles (facteurs de stress ou autres), un individu devient déprimé, ce qui l'amène à percevoir la vie de façon pessimiste et à n'y plus trouver de plaisir. Cet état s'accompagne inévitablement d'une perte de goût pour les activités quotidiennes en même temps que d'une impression subjective de ne plus être capable de mener ses tâches à bien. Il en résulte donc presque toujours une inactivité plus ou moins marquée qui diminue les satisfactions et les plaisirs que cet individu tire habituellement de la vie. C'est ce qu'on appelle une diminution des renforcements positifs. Cette diminution viendra à son tour accentuer la dépression contribuant ainsi à créer le cercle vicieux suivant:



Simultanément, un second phénomène se produit. Dans un premier temps, l'entourage du déprimé tente de l'aider mais, par la suite, le pessimiste et l'apathie de ce dernier font rapidement fuir les gens. Le déprimé ne les retiendra pas, là encore par manque d'intérêt et par apathie. L'entourage peut aussi se fâcher et tenter de contrôler le comportement du patient qui pourra se rebeller en faisant des crises de colère. Il en résultera pour lui un vide sur le plan social. Ce vide provoquera à son tour une diminution de certains renforcements positifs, soit l'aide apportée par l'entourage et le plaisir pris aux contacts sociaux. Cette diminution contribuera à accentuer la

dépression et nous nous retrouvons à nouveau avec un second cercle vicieux qui ressemble au premier :



Il résulte donc de la combinaison de ces deux cercles vicieux que les patients sévèrement déprimés sont apathiques et inactifs, qu'ils ont peu de contacts sociaux et qu'ils passent la plus grande partie de leur temps couchés ou assis devant la télévision sans la regarder.

Le traitement comportemental de la dépression consistera donc à briser ces deux cercles vicieux en incitant le déprimé à devenir plus actif et à socialiser davantage pour augmenter les renforcements positifs. Plus la dépression est sévère et plus le comportement est atteint, plus cet aspect du traitement prend de l'importance.

B. L'APPROCHE COGNITIVE DANS LA COMPRÉHENSION DU TROUBLE DÉPRESSIF MAJEUR

C'est en étudiant les divers syndromes dépressifs que Beck au tout début a élaboré son modèle cognitif. Résumons très brièvement sa théorie là-dessus.

Suite à l'interaction de divers facteurs biologiques, familiaux et socioculturels, l'individu développe ce qu'on appelle des schémas et qui sont des structures cognitives inconscientes et relativement stables formant une grille d'évaluation qu'il utilise pour percevoir et analyser la réalité. Ces schémas peuvent demeurer inactifs pendant un certain temps puis être réactivés par des expériences spécifiques. S'ils sont adaptés à la réalité, leur présence permet à l'individu de traiter rapidement l'information dans une situation donnée et de réagir de façon mieux adaptée. S'ils sont erronés, ils peuvent biaiser la perception des événements et déclencher des réactions dysfonctionnelles (ex. : dramatisation). L'ensemble des biais d'interprétation (Beck les nomme les erreurs logiques et elles sont décrites dans le tableau à la page 61) produit chez le déprimé un discours intérieur qui est presque systématiquement pessimiste, irréaliste (non justifié par les faits) et automatique (il est plus ou moins conscient). Ce discours intérieur présente trois caractéristiques formant ce qu'on appelle «la triade cognitive de Beck».

1. *Le déprimé a une vision négative de lui-même.* Il se voit comme étant globalement déficient, indigne, inadéquat et ne possédant pas les qualités requises pour atteindre ses buts ou être heureux (*worthlessness*). Exemples : Je ne vaux pas grand chose, je me déteste, je suis faible, sans valeur, je suis un perdant, un raté, qu'y a-t-il de si mauvais en moi?
2. *Le déprimé a une vision négative de l'entourage.* Il voit l'entourage comme ne l'aimant pas, ne le comprenant pas, lui en demandant trop et ne lui donnant pas ce qui lui revient. En résumé, l'entourage est impuissant ou hostile (*helplessness*). Exemples : Personne ne me comprend, personne ne peut vraiment m'aider, comment pouvez-vous vous mettre à ma place, vous n'avez jamais été déprimé?
3. *Le déprimé a une vision négative du futur.* Il a l'impression que le futur ne lui réserve que des déceptions, des échecs et des rejets et qu'il ne s'en sortira pas (*hopelessness*). Exemples : Je n'ai plus d'espoir, plus d'avenir, ça ne vaut pas la peine, je ne puis supporter cela plus longtemps.

La triade cognitive peut donc se résumer en trois phrases:

- Je ne vaux pas cher ou je ne vaux rien. (au moins dans un de mes rôles).
- L'entourage m'est hostile ou impuissant à m'aider.
- Je ne m'en sortirai pas.

Cette triade peut varier en intensité selon le syndrome dépressif concerné et l'accent peut être mis davantage sur l'un ou l'autre de ses aspects, mais dans toute dépression le moindrement sérieuse, les trois aspects vont presque toujours exister simultanément sous une forme ou sous une autre.

Cette triade favorise l'apparition des symptômes dépressifs, leur maintien et leur accentuation. Par exemple :

- Au plan affectif, comment ne pas être triste, pessimiste, honteux, hostile ou s'auto-dévaloriser si on pense qu'on ne vaut pas cher et que l'entourage ne nous apporte pas ce dont nous avons besoin;
- Au plan comportemental, comment ne pas être sans goût, non motivé ou apathique si on pense qu'il n'y a pas d'espoir;

- Au plan biologique, la crainte de l'avenir découlant de l'impression de ne pas pouvoir s'en sortir va produire une anxiété chronique fréquemment responsable de somatisations multiples.

Par ailleurs, le contenu des pensées (ce que le patient pense) est dépressogène mais leur forme (comment il pense) l'est aussi. On sait maintenant que les ruminations, c'est-à-dire les pensées récurrentes, persistantes, non productives au sujet des symptômes de dépression, leurs causes possibles et leurs conséquences amplifient les affects et les pensées négatives, augmentent l'accessibilité aux souvenirs négatifs et altèrent la capacité à résoudre des problèmes. Ainsi, par exemple, si le patient est triste et qu'il se met à ruminer sur les conséquences de son arrêt de travail, il deviendra très déprimé après un certain temps. Il y a des thèmes fréquents : s'attarder à des pertes passées, analyser ses échecs, se comparer aux autres et se juger sévèrement. La tendance à ruminer prédit la probabilité de présenter des symptômes dépressifs et leur persistance. Elle est associée à un plus haut risque de récurrence. Dans la dépression résiduelle, les patients peuvent ruminer 50-75 % du temps, pendant 6-10 h à chaque fois. Les ruminations sont plus fréquentes chez les femmes. Il y a aussi un chevauchement entre les inquiétudes (associées à l'anxiété) et les ruminations (associées à la dépression).

SECTION V
PRINCIPALES ETAPES DE LA THERAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE DU TROUBLE DÉPRESSIF MAJEUR

On peut aborder le traitement de la dépression majeure en le divisant en quatre étapes :

1re étape : L'évaluation
2e étape : L'information au patient
A. Modèle cognitivo-comportemental (voir Section IV)
3e étape : Fixer des objectifs réalistes et préparer un plan de traitement
4e étape : Prescrire les médicaments s'il y a lieu (voir Section III)

Nous décrirons maintenant de façon détaillée la démarche comportementale et cognitive

A. LA DÉMARCHE COMPORTEMENTALE :

Les principales étapes de la démarche comportementale (activation comportementale) dans le traitement de la dépression majeure sont les suivantes:

1ère étape : Bien expliquer la nature et l'objectif du traitement

Plus un patient comprend la nature d'un traitement et les raisons pour lesquelles il est prescrit, plus il est motivé et porté à collaborer. On peut commencer à illustrer l'impact des comportements sur les émotions en présentant les deux cercles vicieux de la dépression.

2e étape : Remettre au patient la grille intitulée «Registre des activités quotidiennes» pour débuter l'auto-observation

La première étape de l'activation comportementale est l'auto-observation. Grâce au registre des activités quotidiennes, le thérapeute pourra évaluer les comportements actuels du patient, c'est-à-dire jusqu'à quel point il est actif, ce qu'il fait, quand il le fait et quel est son degré de tristesse, de maîtrise ou de plaisir dans ces divers comportements. Les sphères d'activités les plus importantes concernent l'hygiène de vie (est-ce que la personne mange convenablement, est-ce

qu'elle fait un peu d'exercice, quand et comment dort-elle?), le travail (incluant la tenue de maison), la vie familiale, la vie sociale et les loisirs.

On demande au patient de remplir la grille jusqu'à la prochaine visite selon les objectifs du thérapeute et de coter au besoin les activités de zéro à dix selon le degré de maîtrise et de plaisir.

On peut, dès la première visite, recommander au patient, en même temps qu'aux membres de sa famille ou à ceux qui l'accompagnent, de ne pas rester inactif ou d'occuper son temps dans la mesure du possible. Quelques suggestions concrètes (petits travaux, sorties, exercices physiques, etc.) sont souvent utiles. C'est la planification des activités.

3e étape : Discuter des activités présentes et passées et tracer un programme pour les jours à venir (planification des activités)

Discuter des activités présentes. Lorsque le patient revient après quelques jours, on revoit avec lui son emploi du temps en se servant de la grille qu'il vient de remplir. Les déprimés sont souvent eux-mêmes frappés par le vide de leur vie présente qu'ils avaient plus ou moins remarqué jusque là. Le patient va souvent s'apercevoir que son humeur se détériore lorsqu'il est inactif et que la souffrance s'amenuise lorsqu'il s'active un peu ou lorsqu'il brise son isolement un tant soi peu.

Cette auto-observation constitue souvent une source de motivation significative.

Discuter des activités passées. Quelles activités le patient a-t-il déjà pratiquées avec maîtrise et plaisir dans le passé puis délaissées à cause de son apathie? Sport, lecture, cuisine, sorties, etc.

Tracer un programme d'activités pour les jours à venir. À la lumière des informations recueillies, le thérapeute trace avec la personne un programme d'activités simples et faciles pour les quelques jours à venir en utilisant la méthodologie spécifique à la démarche comportementale :

a) Fixer au patient des buts précis et limités. L'inciter à entreprendre des petites tâches simples et faciles qu'il est presque certain de réussir et dont il tirera un peu de satisfaction.

b) Faire en sorte que ces tâches soient concrètes et mesurables. Exemples : Plutôt que de conseiller à un patient de faire de l'exercice, sans plus, on s'entend avec lui pour qu'il marche dix minutes, deux fois par jour, après le dîner ou le souper, à un endroit bien précis de son choix.

Plutôt que de lui demander de socialiser, on lui propose de visiter tel ami, tel soir précis de la semaine et de rester au moins une heure.

c) Prendre une attitude d'expérimentateur qui procède par «essai-erreur» et qui cherche à régler des problèmes (attitude «solution de problème») plutôt qu'à avoir raison. Si tout va bien, on poursuit en allant du plus simple au plus complexe. En cas d'échec, on réévalue ses buts (trop difficiles ou trop complexes), ses moyens (pas assez réalistes ou pas assez concrets), puis on les réajuste et on continue. Exemples : Attitude «solution de problème» : «Vous croyez ne pas être capable de laver la vaisselle et de mon côté je pense le contraire. Votre opinion est aussi bonne que la mienne. L'unique façon de savoir est d'essayer. Faites-en l'essai honnêtement».

Attitude «essai-erreur»: «Ça n'a pas marché la vaisselle? Vous n'avez essuyé que trois assiettes? Ce n'est déjà pas si mal! Voyons comment s'y prendre pour en faire plus. Il est plus important d'essayer que de réussir».

d) Il est le plus souvent préférable de prendre note par écrit des travaux à domicile sur lesquels on s'est entendu avec le patient et de demander à celui-ci d'en faire autant. Cette façon de procéder donne plus de sérieux à la prescription et permet de mieux suivre la bonne marche des travaux d'une séance à l'autre.

4e étape : Augmentation graduelle des tâches (assignation des tâches graduées)

Si tout va bien, on augmente graduellement les tâches à tous les trois ou quatre jours ou à toutes les semaines jusqu'à ce que le patient soit revenu à une activité normale. En cours de route, on peut lui suggérer de déterminer lui-même ses tâches, par exemple de préparer tous les soirs après souper un horaire détaillé des activités de sa journée du lendemain (planification des activités).

S'il a tendance à procrastiner, il peut tenter de faire face aux défis en « décomposant » une tâche qui lui semble impossible à accomplir en plusieurs petites étapes. Par exemple, un patient déprimé qui est découragé parce qu'il doit faire réparer sa fournaise peut décider d'appeler ses proches pour obtenir des recommandations, puis le lendemain appeler des réparateurs, puis fixer un rendez-vous etc….

5e étape : Implication de l'entourage dans le traitement

Si la chose est possible, il est souvent utile d'impliquer le conjoint, la famille ou les proches du déprimé pour l'assister dans le choix des tâches et surtout pour l'aider à en respecter

l'exécution. Cette participation de l'entourage représente parfois la différence entre le succès et l'échec du traitement.

Soulignons ici que l'approche comportementale dans le traitement de la dépression peut sembler à première vue un peu fastidieuse, mais que dans la pratique on en tire le plus souvent d'excellents résultats concrets et immédiats. Il ne s'agit d'ailleurs là que de mesures élémentaires qui découlent du sens commun mais qui sont appliquées ici de façon plus systématique et plus méthodique que ne l'enseigne la sagesse populaire.

Par ailleurs, on sait que l'activation comportementale est la pierre angulaire du traitement cognitivo-comportemental de la dépression. Lorsqu'on a comparé l'efficacité de l'activation comportementale à un protocole de traitement qui incluait aussi la restructuration cognitive, les deux approches étaient aussi efficaces l'une que l'autre tant à court terme qu'à long terme. L'activation comportementale est par ailleurs particulièrement indiquée dans le traitement de la dépression majeure sévère où elle semble même plus efficace que la thérapie cognitive.

B. LA DÉMARCHE COGNITIVE :

Lorsque le patient aura bien intégré les principes de l'activation comportementale, le thérapeute pourra procéder à la prochaine étape, soit l'approche cognitive. La psychothérapie cognitive de la dépression consiste avant tout à apprendre au déprimé à raisonner de façon plus rigoureuse et plus nuancée. Elle comporte trois étapes principales.

1re étape : La restructuration cognitive superficielle non systématisée

Au cours de cette étape, le thérapeute travaille à un niveau très superficiel sur les erreurs logiques immédiatement évidentes chez son patient et qui se situent généralement dans le cadre de la triade de Beck. Plus la dépression est sévère, plus les erreurs logiques sont abondantes et souvent grossièrement irréalistes. Le thérapeute identifie celles qui semblent nuire davantage au patient et il se sert avec nuance du questionnement socratique pour l'amener à raisonner de façon plus réaliste et, par conséquent, moins dommageable pour lui et son entourage. Ces questions sont généralement regroupées autour des trois thèmes les plus familiers à l'approche cognitive : Quelle est l'évidence pour ou contre cette idée? Serait-il possible de le voir autrement? Et si cela arrivait, quelles en seraient les conséquences?

a) *Quelle est l'évidence pour ou contre cette idée?*

Dans cette catégorie, on retrouve les questions cherchant à vérifier la justesse de l'affirmation du sujet:

- Est-ce bien vrai?
- Sur quelles preuves vous basez-vous pour dire cela?
- Êtes-vous bien sûr?
- En quoi êtes-vous obligé?
- Les choses se sont-elles vraiment passées comme cela?
- Y a-t-il une loi qui dise cela?
- Ne seriez-vous pas porté à exagérer?
- Vos sources d'information sont-elles bonnes?
- Ne remplacez-vous pas des probabilités par des certitudes?

Etc.

Cette catégorie de questions permet d'abord au thérapeute d'obtenir de l'information sur la façon dont le patient perçoit et déforme la réalité. Il peut rapidement se rendre compte de la nature exacte de ses erreurs logiques, de ses hypothèses fausses ou des informations erronées sur lesquelles il appuie son raisonnement. À partir de là, en lui fournissant une information plus exacte, ou de préférence en continuant son questionnement, il peut l'amener à réaliser ses erreurs et à remplacer ses fausses interprétations par d'autres plus conformes à la réalité.

Exemple : «Est-il bien vrai que vous êtes un misérable individu parce que vous avez perdu votre emploi? Sur quoi vous basez-vous pour dire cela? Les gens qui perdent un emploi sont-ils tous des incapables? Est-il exact de dire que tous les membres de votre entourage vont vous juger sévèrement? Etc.»

b) *Serait-il possible de le voir autrement?*

- Pourrait-il y avoir d'autres explications?
- Que ferait une autre personne à votre place?
- Pourrait-on imaginer d'autres solutions?
- Ce que vous dites-là est une hypothèse valable. Y en aurait-il d'autres?
- En vous mettant à la place de votre patron, quel pourrait être son point de vue?

Etc.

Surtout lorsqu'ils sont anxieux et déprimés, les êtres humains ont souvent une perspective très étroite et très limitée de la réalité «qui se compare davantage à la vision d'un ver de terre plutôt qu'à celle d'un oiseau», comme le dit Emery (1985, p. 206). Cette catégorie de questions a donc pour but de leur aider à modifier leurs perspectives pour pouvoir aborder sous des angles différents ce qu'ils considèrent comme des situations sans issue ou des problèmes insolubles.

Exemple : «Sur quoi vous basez-vous pour dire que vous ne pourrez jamais vous débrouiller seule suite au décès de votre mari? Pendant sa longue maladie, n'avez-vous pas réussi avec succès à vous occuper de la maison, du budget et à le visiter régulièrement? Il est vrai que son décès constitue une perte importante pour vous mais voyons maintenant ce qui vous reste : trois enfants qui vous aiment et vous sont dévoués, plusieurs autres membres de votre famille et plusieurs amis. Êtes-vous vraiment seule au monde?»

c) *Et si cela arrivait, quelles seraient les conséquences?*

- En mettant les choses au pire, qu'arriverait-il?
- Admettons que vous ayez fait une erreur, est-ce si terrible?
- Pourriez-vous quand même être heureux?
- Votre avenir serait-il compromis à jamais?
- Supposons que ce soit un échec, n'y aurait-il que des inconvénients à cette situation?
- Y aurait-il moyen de vous adapter à cette situation?
- Comment pourriez-vous faire face?

Etc.

Le but de ce groupe de questions consiste à dédramatiser une difficulté, un péril ou une catastrophe présumée en démontrant que ses conséquences ne sont pas si terribles qu'il ne semble à première vue.

Exemple : «Qu'arriverait-il si votre conjoint vous quittait comme vous semblez tant le redouter? Serait-ce si terrible? Votre avenir serait-il compromis à jamais? Ne pourriez-vous pas être heureux quand même? Bien sûr il y aurait des inconvénients, mais cette situation ne présente-t-elle que des inconvénients? Examinons ensemble cette éventualité».

Cette première étape du traitement cognitif de la dépression n'est pas très loin de la psychothérapie de soutien, mais un thérapeute qui utilise ce type de questionnement est déjà plus efficace qu'un autre qui se contente d'écouter et de donner quelques conseils. Même si elle demeure superficielle, c'est une approche qui force le déprimé à réfléchir et à remettre en question les pensées irréalistes qui le desservent. Par contre, elle ne demande pas un trop grand effort si l'individu est trop malade ou peu motivé. Elle se prête bien à des interventions très brèves et elle ne nécessite pas une formation très poussée de la part du thérapeute.

2e étape : La restructuration cognitive superficielle systématisée

Cette étape survient surtout quand la dépression n'est pas ou n'est plus trop sévère et si le patient est capable de se concentrer et de raisonner convenablement. Un minimum de motivation est également nécessaire. De son côté, le thérapeute a besoin d'un peu plus de formation que pour la première étape. *Si le patient présente d'emblée les ressources nécessaires, l'étape précédente peut être escamotée.*

Ici l'intervention se situe encore à un niveau superficiel mais elle s'inspire davantage du modèle cognitif traditionnel de Beck. Ce dernier consiste, comme nous l'avons vu, à établir le lien entre les événements, les pensées, les émotions et les comportements, à prendre conscience des pensées lorsque surviennent des émotions dysfonctionnelles, à questionner leur validité et finalement à substituer des interprétations plus réalistes aux pensées irréalistes.

C'est cette modification des pensées irréalistes en pensées plus réalistes que l'on nomme «restructuration cognitive» et qui est à la fois le processus central en même temps que le but principal de la psychothérapie cognitive. On peut s'y prendre de toutes sortes de manières, mais la façon la plus courante demeure le «Tableau d'enregistrement des pensées automatiques ». C'est un instrument de travail simple, pratique et efficace.

Albert Ellis, le grand père de la thérapie cognitivo-comportementale propose au début des années soixante un ««Tableau d'enregistrement des pensées dysfonctionnelles » (équivalent au tableau d'enregistrement des pensées automatiques). Fidèle à sa théorie événement, croyance, émotion, Ellis suggère à ses patients de suivre une séquence en cinq étapes lorsque survient une émotion dysfonctionnelle. Il a donné à chaque étape un nom commençant par une des cinq premières lettres de l'alphabet : A - B - C - D - E. Le A correspond à la première étape, le B à la deuxième et ainsi de suite.

1. Quel est l'événement, la situation ou ce qu'on pourrait appeler l'occasion en langage cognitif dont résulte l'émotion? Ellis la nomme en anglais «*Activating event*» (A).

2. Quelles sont les pensées ayant jailli spontanément suite à cet événement? Ellis les nomme «*Belief*» (B) et Beck «pensées immédiates ou pensées automatiques».

3. Quelle émotion résulte de ces pensées immédiates? Ellis appelle cette étape «*Consequence*» (C).

4. Les pensées immédiates sont-elles vraies? Si elles ne le sont pas, par quelles autres pensées plus exactes pourrait-on les remplacer? De cette modification résulte la restructuration cognitive. Ellis la nomme «*Disputing*» (D).

5. L'émotion dysfonctionnelle en C est-elle la même ou a-t-elle diminué? Plus elle se sera atténuée, plus la restructuration cognitive aura été efficace. C'est l'étape de «l'Évaluation» (E) comme le dit Ellis.

Beck a repris et légèrement modifié le tableau de Ellis. Il a inversé B et C parce que pour la plupart des gens l'émotion est reliée plus spontanément à l'événement et aussi parce qu'en psychothérapie il est plus pratique de comparer les pensées immédiates et les pensées réalistes lorsqu'elles sont voisines l'une de l'autre. Beck demande également au patient de coter l'émotion avant et après la restructuration sur une échelle de zéro à cent. Il suggère de faire de même pour le degré de croyance en la pensée immédiate puis en la pensée réaliste. Selon la différence de pourcentage au niveau de chacune de ces étapes, on peut apprécier l'efficacité de la restructuration.

Nous vous proposons le tableau d'enregistrement des pensées automatiques de Padesky (tel qu'illustré dans son livre « Dépression et anxiété : comprendre et surmonter par l'approche cognitive) car il permet au patient d'indiquer les faits qui soutiennent et contredisent ses pensées automatiques. Ceci lui permet donc d'illustrer la démarche qui l'a amené à trouver une pensée alternative plus constructive.

Voici maintenant comment on peut utiliser concrètement ce tableau dans l'approche cognitive.

a) On explique d'abord au patient la relation entre l'événement, la croyance et l'émotion et on lui suggère de lire sur le sujet si ce n'est déjà fait. On facilite la compréhension en utilisant dès le début des exemples concrets s'inspirant d'émotions dysfonctionnelles qu'il a récemment vécues.

b) Lorsque la personne semble avoir bien saisi à un niveau théorique, on passe à la pratique en lui recommandant de remplir à domicile les trois premières colonnes du tableau d'enregistrement des pensées automatiques selon Beck. On lui suggère de noter les pensées immédiates tout de suite après la survenue de l'émotion parce qu'elles sont alors plus faciles à identifier. Si les circonstances ne s'y prêtent pas, on lui conseille de le faire dès les premiers moments libres au cours de la journée ou de la soirée.

c) On demande ensuite au patient d'apporter en entrevue le matériel ainsi recueilli et on le revoit en sa compagnie. On en profite pour corriger, nuancer et réexpliquer selon les besoins. On peut expliquer qu'au début, les émotions peuvent être amplifiées (puisqu'on observe les pensées et les émotions plutôt que les éviter) mais qu'on enseignera par la suite comment ré-évaluer les pensées pour pouvoir moduler l'émotion. En attendant, le patient peut se distraire lorsqu'il constate que les émotions sont trop pénibles (ex. se concentrer sur ce qui l'entoure etc…)

d) Lorsque le patient est finalement capable de reconnaître clairement ses émotions dysfonctionnelles, s'il les attribue non plus aux événements mais à ses pensées et s'il peut identifier sans trop de difficulté les pensées correspondant à chacune d'entre elles, il est alors prêt pour la restructuration cognitive en tant que telle.

e) Le thérapeute peut alors procéder de la façon suivante : il commence d'abord par identifier clairement toutes les émotions dysfonctionnelles consécutives à une situation donnée de même que les pensées qui les provoquent. Il importe de ne pas aborder deux familles d'émotions simultanément (i.e. la colère, la tristesse, l'anxiété, la culpabilité, la honte) si on ne veut pas se perdre en cours de route. Il demande au patient d'indiquer les faits qui l'amènent à voir les choses de cette façon. Puis il apprend au patient les manières de questionner la véracité l'utilité des pensées irréalistes à l'origine de chaque émotion dysfonctionnelle en commençant par celle qui affecte le plus le patient (la « hot thought » ou la pensée chaude). La restructuration se fait de la même façon qu'à l'étape précédente. Le thérapeute va apprendre au patient les façon de faire et l'accompagner dans cet apprentissage.On utilise le questionnement socratique et on regroupe les questions autour des trois grands thèmes familiers en psychothérapie cognitive: Quelle est l'évidence pour ou contre cette idée? Serait-il possible de le voir autrement? Et si cela arrivait,

quelles seraient les conséquences? Dans la mesure du possible, le questionnement socratique ou la discussion se poursuivent tant que le patient n'a pas modifié au moins partiellement sa croyance erronée.

f) Lorsque la restructuration est terminée, on inscrit les pensées plus réalistes dans la colonne intitulée « pensée alternative » et dans la dernière colonne on réévalue l'intensité de l'émotion et des pensées dysfonctionnelles en cotant à nouveau avec un chiffre allant de 0 à 100. Plus l'intensité aura diminué, plus la restructuration cognitive aura été efficace.

g) Entre les séances le patient suit une démarche identique. Il note ses pensées par écrit lorsque survient une émotion dysfonctionnelle et quand il a un moment libre il les restructure au meilleur de sa connaissance en utilisant le même tableau. Il apporte ses notes au thérapeute à leur prochaine rencontre et il les utilise avec l'aide de ce dernier pour corriger au besoin, nuancer ou pousser plus loin la restructuration.

h) Dans une dernière étape, les nouvelles croyances du patient sont utilisées pour modifier ses comportements dans la vie courante. C'est généralement ici que sont utilisées la démarche et les techniques comportementales (expériences comportementales). Cette étape, qui est essentielle, pourrait s'appeler «passage à l'action» ou «épreuve de la réalité». Elle permet de valider les nouvelles hypothèses de travail. Exemple : «Nous avons vu que vous n'êtes pas autant dépourvu que vous le pensiez suite au décès de votre mari et que bien des personnes vous entourent et s'intéressent à vous. Que diriez-vous maintenant de tenter d'organiser davantage votre vie au quotidien? Par quelle activité aimeriez-vous commencer? Êtes-vous d'accord pour demander de l'aide à votre entourage?» (voir le tableau « Remettre en question les pensées négatives », p. 60).

Même si elle se situe à un niveau superficiel, cette seconde étape comporte plusieurs avantages. Lorsque la restructuration est plus systématisée et si elle est faite par écrit, elle devient beaucoup plus efficace et lorsqu'elle est bien menée, le patient en tire généralement un soulagement rapide. En comprenant mieux l'origine de ses émotions dysfonctionnelles, il réalise qu'il a le pouvoir de les atténuer et, par conséquent, de diminuer ses symptômes et sa souffrance, ce qui l'encourage et l'incite à continuer. Graduellement, il développe ainsi un outil qui lui est utile dans le présent mais qui peut aussi lui servir pour prévenir ou soigner des rechutes dans le futur.

3e étape : La restructuration cognitive à un niveau plus introspectif (niveau souvent plus inconscient)

Même si elle peut débuter un peu plus tôt, cette troisième étape est indiquée surtout lorsque le syndrome dépressif s'est atténué à nouveau au point de devenir léger ou en rémission complète. Son but est avant tout préventif, c'est-à-dire éviter les rechutes en modifiant les principales croyances dysfonctionnelles dépressogènes du patient. Elle est indiquée seulement si ce dernier est motivé et possède les ressources nécessaires pour une véritable thérapie introspective.

Une façon de procéder consiste à se servir du modèle cognitif de Beck. Au début le thérapeute utilise le tableau d'enregistrement des pensées automatiques de la même façon que nous venons de le décrire à la deuxième étape. Lorsque le patient s'est familiarisé avec cette approche et qu'il arrive à restructurer assez facilement les erreurs logiques contenues dans son discours intérieur, le thérapeute identifie les faits, interprétations, hypothèses et croyances contenues dans ce même discours et qualifiées de graves ou d'inacceptables par le patient. Sans chercher à les contrôler dans l'immédiat, il lui pose des questions ayant pour but d'identifier les croyances responsables de la dramatisation et de la non-acceptation. «En admettant que ce soit vrai, qu'est-ce que cela signifie pour vous? Pourquoi est-ce si grave, terrible et inacceptable?» Dans un premier temps, on identifie le plus souvent des croyances intermédiaires (règles de vie qui découlent des croyances fondamentales): règles ou exigences, présomptions et attitudes. Si on continue avec le même questionnement, on finit par identifier une ou plusieurs des croyances fondamentales (croyances absolues au sujet de soi, les autres, le monde et qui résultent de l'interaction entre la biologie de l'individu et ses expériences de vie) *qui favorisent* la dépression chez cette personne.

Exemple : Une personne souffre d'une dépression majeure après avoir perdu son emploi. Son état s'améliore, elle est motivée et le thérapeute entreprend une démarche introspective. «Pourquoi est-ce si grave d'avoir perdu votre emploi?» «Parce que j'ai l'air d'un raté aux yeux de tout le monde». (Présomption : «quelqu'un qui perd son emploi est considéré comme un raté par son entourage») «Pourquoi est-ce si terrible d'avoir l'air d'un raté aux yeux des autres?» «Parce que cela signifie que je suis un raté si tout le monde le pense.» (Croyance fondamentale : ma valeur comme être humain dépend de ce que les autres pensent de moi).

La réponse à la question : «Pourquoi est-ce si grave d'avoir perdu votre emploi?» aurait pu prendre des directions différentes. «C'est grave parce que je ne peux tolérer l'échec». Perfectionnisme et exigence élevées. «C'est grave parce que je ne peux me résigner à faire les

démarches pour m'en trouver un autre». Faible niveau de tolérance aux contrariétés et à l'effort. Etc.

Comme on le voit, ce type de questionnement permet d'identifier les croyances fondamentales de la personne. Si on continue de la même façon avec plusieurs situations différentes, on finit par connaître en même temps que le patient l'ensemble de ses croyances fondamentales ou ce qu'on pourrait appeler son système de valeur. À partir de là, on l'aide à modifier les croyances les plus irréalistes et qui lui nuisent le plus en particulier celles qui ont contribué à causer sa dépression. De cette façon on réduit les possibilités de rechute dans le futur.

Il s'agit là d'un très bref aperçu pour nous permettre de comprendre un peu en quoi consiste une psychothérapie cognitive introspective. Dans la réalité clinique, il s'agit d'une démarche beaucoup plus complexe dont l'efficacité dépend en bonne partie du niveau de compétence et d'expérience du thérapeute. Elle nécessite un temps assez long surtout si on retrouve chez le patient des traits de personnalité pathologiques à l'axe II.

En terminant, voici quelques croyances dépressogènes selon Beck :

- Dans la vie, je suis une personne inférieure aux autres. Par conséquent, je dois compenser mon infériorité d'une façon ou d'une autre.
- Pour être heureux, je dois sans cesse être aimé et réussir tout ce que j'entreprends.
- Ma valeur comme être humain dépend de ce que les autres pensent de moi.
- Si je fais une erreur, cela signifie que je suis stupide.
- Si quelqu'un est en désaccord avec moi, cela signifie qu'il ne m'aime pas.

Etc.

4ème étape (facultative): cibler les ruminations

Lorsque le patient est en rémission, on peut aussi choisir de lui enseigner des techniques méditatives pour diminuer sa tendance à ruminer et ainsi possiblement diminuer les risques de rechute.

Dans les approches cognitivo-comportementales basées sur les principes qui sous-tendent la méditation, telles la thérapie cognitive basée sur la méditation (Segal, Teasdale, Williams, 2012, la thérapie dialectique comportementale (Linehan, 1993) ou la thérapie de l'acceptation et l'engagement (Hayes, Strosah, Wilson, 2011, on vise l'observation des pensées sans chercher à les modifier même si elles sont biaisées et dysfonctionnelles. L'individu est

amené à constater que s'il évite de plonger dans le tourbillon des pensées (c'est-à-dire ruminer ou s'inquiéter), les pensées finiront par se transformer et que sa position face aux pensées se modifiera également (par exemple, via un phénomène de distanciation). Il pourra alors agir de façon habile, selon ses valeurs. Ces approches intégratives et parcimonieuses sont utilisées entre autres dans le traitement de la dépression récurrente (Teasdale, 2000), du trouble de personnalité limite (Linehan, 1991) et de la psychose (Bach, 2002). Ces thérapies font partie de la troisième vague de la thérapie cognitivo-comportementale (la première vague étant la thérapie comportementale et la deuxième, les thérapies cognitivo-comportementales traditionnelles qui visent à évaluer et à modifier les pensées si elles sont dysfonctionnelles).

Le thérapeute pourra se baser sur le protocole décrit dans le livre de Segal, Williams et Teasdale : la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression (2002) et suggérer au patient la lecture de « Méditer pour ne plus déprimer » de Mark Williams (2010). Entre autres, il pourra enseigner le scan corporel (le patient se concentre sur les sensations présentes dans chaque partie du corps successivement), la méditation centrée sur la respiration (le patient se concentre sur chaque inspiration et sur chaque expiration, en y revenant chaque fois qu'il réalise qu'il était entrainé par le courant des pensées), des exercices de hatha yoga (se concentrer sur chaque mouvement et chaque position) et la marche méditative (se concentrer sur chaque pas). Comme les ressources attentionnelles sont limitées, le patient qui se concentre sur ces différents éléments est moins en mesure de consacrer de l'énergie aux ruminations qui favorisent l'apparition et le maintien de la dépression.

5ème étape : maintien

Plusieurs mesures simples peuvent favoriser le maintien des acquis à long terme.

1. *Entrevues de consolidations (booster sessions)*
   Une à deux entrevues de consolidation, trois, six ou 12 mois après la fin de la thérapie peuvent aider le patient à garder de bonnes habitudes.

2. *Résumé de la thérapie*
   On peut inviter le patient à faire un résumé de ce qui lui a été le plus utile en thérapie. Il pourra référer ultérieurement à ce résumé en cas de difficultés.

3. *Fiche thérapeutique (coping card) de prévention de rechute*

   Le patient peut aussi se préparer une petite fiche thérapeutique intitulée : «En cas de rechute».Cette fiche peut être séparée en deux parties. La première partie présente une liste des symptômes qui peuvent indiquer un risque de rechute. La seconde partie énumère les principales mesures à mettre en place et les pièges à éviter en cas de rechute.

SECTION V
DEROULEMENT DU TRAITEMENT : SEQUENCE DES INTERVENTIONS SELON L'INTENSITÉ DU TROUBLE DÉPRESSIF MAJEUR

Une dépression majeure peut être d'intensité sévère, modérée ou légère.

A. *Si l'intensité est sévère, le traitement comprend généralement quatre principaux aspects* :

1. La prescription d'une médication antidépressive, sédative ou antipsychotique selon les besoins.
2. La prise de mesures d'urgence si nécessaire.
3. La psychothérapie comportementale : il s'agit avant tout de garder le patient occupé et de l'inciter à socialiser.
4. La psychothérapie cognitive : le thérapeute se limite généralement ici à une psychothérapie cognitive superficielle non systématisée centrée sur les symptômes résultant de la triade de Beck.

L'intensité peut se situer de modérée à légère suite à l'amélioration d'une dépression majeure sévère ou d'emblée en début de traitement.

B. *L'intensité se situe de modérée à légère suite à l'amélioration d'une dépression majeure sévère. Ici, le traitement comprend généralement trois principaux aspects* :

1. Le suivi pharmacologique à court, moyen et long terme.
2. La poursuite de la psychothérapie comportementale tant que le sujet n'a pas retrouvé un rythme d'activités normal.
3. La poursuite de la psychothérapie cognitive qui peut évoluer d'un niveau superficiel non systématisé jusqu'à un niveau introspectif. Cette évolution varie selon les besoins, les ressources et la motivation du patient ou selon les connaissances et les disponibilités du thérapeute.

C. *L'intensité se situe de modérée à légère d'emblée. Ici le traitement comporte également trois principaux aspects :*

1. La prescription d'une médication selon les besoins.
2. La psychothérapie comportementale. Si le sujet est inactif et s'isole, ici aussi la psychothérapie comportementale aura pour but de l'inciter à s'occuper ainsi qu'à socialiser et elle durera tant que la personne ne sera pas revenue à un rythme d'activité normal. Elle est généralement moins nécessaire et de moins longue durée lorsque la dépression est modérée ou légère d'emblée.
3. La psychothérapie cognitive. Celle-ci débute généralement à un niveau superficiel pour devenir de plus en plus introspective selon les besoins et les limites du sujet ou celles du thérapeute.

Voyons maintenant à tour de rôle les différentes étapes du traitement de ces trois types de dépression majeure.

A) ÉTAPES DU TRAITEMENT DE LA DÉPRESSION MAJEURE DONT L'INTENSITÉ EST SÉVÈRE

1re ENTREVUE

1. Histoire de cas habituelle (incluant risque suicidaire, la liste des problèmes et des objectifs de traitement tels que déclinés par le patient).
2. Éliminer l'organicité.
3. Poser le diagnostic.
4. Expliquer le diagnostic.
5. Rencontrer le conjoint et les membres de la famille ou de l'entourage s'ils sont disponibles et s'assurer de leur collaboration dans la mesure du possible.
6. Évaluer les objectifs et les attentes du patient et de la famille.
7. Décrire les grandes lignes du plan de traitement en conciliant les objectifs du patient et de la famille avec ceux du thérapeute. Décrire le modèle cognitivo-comportemental.
8. Prescrire la médication indiquée.
9. Prendre les mesures d'urgence qui s'imposent :
    - Hospitalisation.
    - Garde préventive
    - Arrêt de travail.
    - Empêcher les prises de décision trop brusques inspirées par la pathologie : séparation du conjoint, vente d'un commerce ou de la maison, etc.
    - Etc.
10. Compléter avec le patient les inventaires de Beck pour la dépression et l'anxiété.
11. Travaux à domicile :
    - Présenter les cercles vicieux de la dépression.
    - Remettre au patient un exemplaire du registre des activités quotidiennes et lui demander de le compléter régulièrement jusqu'à la prochaine entrevue.
    - Lui recommander de ne pas rester trop inactif et de socialiser dans la mesure du possible. Surveiller l'hygiène de vie, en particulier l'alimentation et le sommeil. Ces recommandations ont intérêt à être faites devant les membres de la famille qui assument un rôle de surveillance et de soutien.
    - Remettre au patient une copie de l'inventaire de Beck pour la dépression et lui demander de la compléter peu de temps avant la prochaine rencontre. Continuer de la sorte à chaque rencontre pour surveiller l'évolution de la symptomatologie tant que l'état du patient ne s'est pas considérablement amélioré.

- Remettre au patient un document expliquant la nature de la TCC

12. Dans la dépression majeure sévère, il est généralement préférable de rencontrer le patient plus qu'une fois par semaine tant que le traitement n'a pas commencé à produire son effet si c'est possible.

2e ENTREVUE

1. Suivi.

   Suivi signifie ici, comme dans les entrevues qui vont suivre, de s'informer sur l'évolution de la situation en général et de la symptomatologie en particulier. Revoir soigneusement l'inventaire de Beck complété avant la rencontre. Assurer le suivi pharmacologique. Compléter au besoin les formules d'assurance ou autres documents, ce qu'il est préférable de faire en début d'entrevue.
2. Revoir avec le patient le registre des activités quotidiennes complété au cours des derniers jours. Noter les activités plaisantes et valorisantes. Faire le lien entre les activités et l'humeur. Questionner le patient sur ses activités préférées et son emploi du temps avant le début de la maladie. Se servir de ces informations pour débuter le traitement comportemental de la dépression de façon systématique.
   a) Bien expliquer la nature et l'objectif du traitement : s'occuper et socialiser le plus possible pour en revenir à un emploi du temps comparable à celui qui était présent avant le début de la maladie.
   b) Tracer un programme pour les jours à venir (planification des activités).
   c) Augmenter graduellement les tâches (assignation des tâches graduées). On peut cibler les tâches évitées par le patient parce qu'elles lui semblent insurmontables (procrastination)
   d) Impliquer l'entourage dans le traitement.
   e) Continuer d'utiliser le registre des activités quotidiennes pour vérifier l'efficacité et la progression du traitement comportemental.
   f) Continuer de la sorte tant que le patient n'est pas revenu à un emploi du temps comparable à celui qui existait avant le début de la maladie.
3. Début de la restructuration cognitive à un niveau superficiel non systématisé. Cibler en particulier sur les pensées et les émotions relevant de la triade de Beck :
   - Je ne vaux pas cher ou je ne vaux rien.
   - L'entourage est impuissant ou hostile.
   - Je ne m'en sortirai pas.

   On cible surtout celles qui engendrent un désespoir et celles qui empêchent le patient de s'activer. On amène le patient à faire le lien entre les pensées et les émotions.

4. Travaux à domicile :
   a) Remplir les tâches dont il a été convenu dans le cadre du traitement comportemental. Compléter régulièrement le registre des activités quotidiennes.
   b) Commencer à questionner le bien-fondé des pensées dysfonctionnelles issues de la triade de Beck. Le faire par écrit si possible.
   c) Compléter l'inventaire de Beck pour la dépression.

3e ENTREVUE ET ENTREVUES SUIVANTES

Même si ce n'est pas toujours le cas, les symptômes de la dépression majeure sévère commencent généralement à entrer dans l'ordre après de trois à six semaines suite à l'effet combiné du traitement pharmacologique et psychothérapique. Tant qu'une amélioration évidente et un peu persistante ne s'est pas manifestée, le thérapeute poursuit le traitement en insistant sur les trois aspects suivants :

1) *Suivi*. Continuer de compléter un inventaire de Beck pour la dépression avant chaque séance et s'en servir pour suivre l'évolution de la symptomatologie. Surveiller de près les effets secondaires des médicaments. Ajuster la médication au besoin.

2) *Psychothérapie comportementale*. Augmenter graduellement les tâches du patient ayant pour but de favoriser un meilleur emploi du temps et une meilleure socialisation.

3) *Continuer la psychothérapie cognitive à un niveau superficiel non systématisé*. Inciter dans la mesure du possible le patient à écrire entre les séances ses pensées automatiques sur une moitié de feuille de papier et à les restructurer sur l'autre moitié. Commencer à expliquer le système événement, pensées, émotions et quelles sont les principales émotions dysfonctionnelles ainsi que les pensées dont elles découlent.

B) ÉTAPES DU TRAITEMENT DU TROUBLE DÉPRESSIF MAJEUR DONT L'INTENSITÉ EST PASSÉE DE MODÉRÉE À LÉGÈRE APRÈS AVOIR ÉTÉ SÉVÈRE

De façon nécessairement arbitraire, on situe cette seconde étape après quatre semaines de traitement (9ème session si on voit le patient deux fois par semaine, 4ème session si on le voit une fois par semaine). Ici on prend pour acquis que la symptomatologie s'est sensiblement améliorée et que le patient peut se concentrer et raisonner sans trop de difficulté.

4e ENTREVUE

1. Suivi. Continuer le suivi de la médication et de la symptomatologie comme à l'habitude. L'utilisation à chaque entrevue de l'inventaire de Beck pour la dépression n'est généralement plus nécessaire rendu ici.
2. Continuer le traitement comportemental et le terminer lorsque le patient en est arrivé à un niveau d'activité comparable à celui qui existait avant le début de la maladie.
3. Si le patient est motivé, passer au second niveau d'intervention de l'approche cognitive, c'est-à-dire le niveau superficiel systématisé. On peut procéder de la façon suivante :
   a) Enseigner au patient, si ce n'est pas déjà fait, les principes fondamentaux de l'approche cognitive, en particulier :
      - Le système événement, pensées, émotions.
      - On peut enseigner les principales émotions dysfonctionnelles et les pensées automatiques dont elles découlent.
      - Le tableau d'enregistrement des pensées automatiques (TEPA)

   b) On remplit un TEPA avec le patient et on lui remet une copie du tableau d'enregistrement des pensées automatiques. On lui demande de le compléter à domicile au niveau des trois premières colonnes lorsque surviennent des émotions dysfonctionnelles. On peut lui dire que si les émotions sont trop intenses, il peut utiliser des techniques de distraction (par exemple, se concentrer sur l'environnement).
4. Selon les besoins, d'autres types d'interventions peuvent également être indiqués rendu à cette étape :

- Apprentissage de l'affirmation de soi.
- Utilisation d'une technique de résolution de problème.
- Entrevues de couple.
- Etc.

5. Travaux à domicile :

   a) Terminer les tâches découlant de l'approche comportementale si ce n'est déjà fait.

   b) Compléter le tableau d'enregistrement des pensées automatiques tous les jours pendant 15 à 30 minutes au moment où surviennent les émotions dysfonctionnelles ou en fin de journée.

5e ENTREVUE

1. Suivi.
2. Revoir les tableaux d'enregistrement des pensées automatiques complétés sur trois colonnes par le patient en commençant par ceux qu'il juge les plus importants. Corriger et expliquer au besoin. Répondre aux questions.
3. Enseigner la restructuration cognitive au niveau des erreurs logiques/biais d'interprétation (niveau superficiel systématisé).
4. Travail à domicile :

   Compléter le tableau d'enregistrement des pensées automatiques sur cinq colonnes tous les jours pendant 15 à 30 minutes ou plus.

6ème-10ème ENTREVUES

1. Suivi.
2. Revoir les tableaux d'enregistrement des pensées automatiques complétés sur cinq colonnes par le patient en commençant par ceux qu'il juge les plus importants. Expliquer et corriger au besoin. Répondre aux questions.
3. Continuer d'enseigner la restructuration cognitive au niveau superficiel systématisé tant que le patient n'est pas familiarisé et à l'aise dans ce type de restructuration.
4. Une fois que le patient peut sans difficulté restructurer à un niveau superficiel, passer à un niveau intermédiaire : les croyances conditionnelles (les énoncés de type : si…alors) et les règles (je dois…on doit…). Dans la thérapie émotivo-rationnelle, on cible alors les attitudes dysfonctionnelles de base d'Ellis : dramatisation, non-acceptation, exigences rigides et jugements globaux sur la valeur personnelle.
5. Travail à domicile :

   Restructuration cognitive aux niveaux superficiel et intermédiaire pendant 15 à 30 minutes par jour ou plus.

11ème-14ème ENTREVUES (OU PLUS)

1. Suivi.
2. Revoir avec le patient son travail sur la restructuration aux niveaux superficiel et intermédiaire. Expliquer et corriger au besoin. Répondre aux questions. Utiliser l'approche socratique. Continuer dans cette direction tant que le patient n'est pas familiarisé et à l'aise dans ce début de psychothérapie cognitive introspective.
3. Commencer graduellement à identifier et à restructurer les croyances fondamentales du patient en insistant sur les croyances les plus fréquemment rencontrées dans la dépression : je suis un incapable, je ne suis pas aimable et je n'ai pas les ressources nécessaires pour m'en sortir. En examiner l'origine et évaluer leur impact sur la vie du patient. Enoncer une croyance alternative plus adaptée.
4. Travail à domicile :

   Continuer la restructuration cognitive à domicile aux divers niveaux d'intervention pendant 15 à 30 minutes par jour ou plus.

15ème-18ème ENTREVUES (OU PLUS)

1. Suivi.
2. Continuer la restructuration cognitive à tous les niveaux en insistant en particulier sur les croyances fondamentales. Persister tant que le patient n'est pas familier et à l'aise dans l'identification et la restructuration de ses principales croyances fondamentales.
3. Compléter la restructuration cognitive par le passage à l'action dans la vie de tous les jours. On peut utiliser ici l'apprentissage à l'affirmation de soi ou aux habiletés sociales, des techniques de résolution de problème ou de désensibilisation ou encore d'autres façons de passer à l'action.
4. Aborder en cours de route les problématiques plus spécifiques à chaque patient : retour sur le marché du travail, problèmes de couple ou autres difficultés interpersonnelles, dégâts causés par l'épisode dépressif, remises en question suite à l'épisode dépressif, etc.
5. Lorsqu'on s'achemine vers la terminaison, aborder les craintes concernant la fin du traitement et demander au patient de compléter à nouveau les inventaires de Beck pour la dépression et l'anxiété.
6. Travaux à domicile :
   - Continuer la restructuration cognitive quotidienne pendant 15 à 30 minutes par jour ou plus et compléter par le passage à l'action selon les besoins.
   - Compléter les inventaires de Beck pour la dépression et l'anxiété.
   - Si on s'achemine vers la terminaison, demander au patient de repasser les principales étapes du traitement et les moyens utilisés pour modifier les pensées, croyances et émotions dysfonctionnelles. En quoi la restructuration cognitive a-t-elle permis de modifier des comportements et des situations dans la vie quotidienne? Comment la psychothérapie a-t-elle modifié les relations interpersonnelles? Comment utiliser ces outils dans le futur si des difficultés se présentaient à nouveau?

TERMINAISON

1. Suivi.
2. Revoir les inventaires de Beck complétés par le patient. Si les résultats sont insatisfaisants, réévaluer la situation et reprendre au besoin certains aspects du traitement.
3. Revenir sur les craintes face à la terminaison si nécessaire.
4. Assurer le suivi pharmacologique au long cours (thérapeute ou médecin de famille).
5. Revoir avec le patient les principales étapes du traitement :
   - Moyens utilisés pour modifier les pensées, croyances et émotions dysfonctionnelles.
   - Moyens utilisés pour modifier les comportements dysfonctionnels et améliorer les relations interpersonnelles.
   - Comment utiliser ces outils dans le futur si des difficultés se présentent à nouveau?
6. Prévoir des entrevues de suivi si indiquées (*booster sessions*).
7. Rechute :
   - Qu'est-ce qu'une rechute?
   - Possibilités d'une rechute?
   - Symptômes laissant présager une rechute.
   - Comment utiliser les outils appris pendant le traitement en cas de rechute.
   - Quand et qui consulter si nécessaire.

C) ÉTAPES DU TRAITEMENT DE LA DÉPRESSION MAJEURE DONT L'INTENSITÉ SE SITUE D'EMBLÉE DE MODÉRÉE À LÉGÈRE

Le traitement de cette forme de dépression est relativement semblable à celui de la dépression sévère qui devient graduellement modérée puis légère. Les principales différences sont les suivantes :

1. Les mesures d'urgence sont moins nécessaires et moins nombreuses.
2. L'enseignement des principes de l'activation comportementale est généralement de plus courte durée (même si on peut assigner un devoir comportemental à chaque session).
3. La psychothérapie cognitive se situe moins longtemps à un niveau superficiel non systématisé et évolue plus rapidement vers une psychothérapie introspective quand c'est indiqué.
4. Le passage à l'action s'effectue plus rapidement.
5. La durée globale du traitement est moins longue.

SECTION VI

INSTRUMENTS DE MESURE ET OUTILS DE TRAITEMENT

(Il peut être utile d'en faire des copies pour remettre au patient en cours de traitement)

INVENTAIRE DE BECK POUR LA DÉPRESSION

Nom : ____________________ Date : ________________ Résultat : _____________

Ceci est un questionnaire contenant plusieurs groupes de phrases. Pour chacun des groupes :

1. Lisez attentivement toutes les phrases.
2. Placez un «X» dans la parenthèse à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous vous sentez depuis une semaine et dans le moment présent.
3. Si plusieurs phrases vous conviennent, placez un «X» à chacune.

1.
0 ( ) Je ne me sens pas triste.
1 ( ) Je me sens morose ou triste.
2 ( ) Je suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre d'aplomb.
2 ( ) Je suis tellement triste ou malheureux(se) que cela me fait mal.
3 ( ) Je suis tellement triste ou malheureux(se) que je ne peux plus le supporter.

2.
0 ( ) Je ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(e) à propos du futur.
1 ( ) Je me sens découragé(e) à propos du futur.
2 ( ) Je sens que je n'ai rien à attendre du futur.
2 ( ) Je sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés.
3 ( ) Je sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer

3.
0 ( ) Je ne sens pas que je suis un échec.
1 ( ) Je sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens.
2 ( ) Je sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque.
2 ( ) Quand je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs.
3 ( ) Je sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme).

4.
0 ( ) Je ne suis pas particulièrement mécontent(e).
1 ( ) Je me sens «tanné(e)» la plupart du temps.
2 ( ) Je ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant.
2 ( ) Je n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit.
3 ( ) Je suis mécontent(e) de tout.

5.
0 ( ) Je ne me sens pas particulièrement coupable.
1 ( ) Je me sens souvent mauvais(e) ou indigne.
1 ( ) Je me sens plutôt coupable.
2 ( ) Je me sens mauvais(e) et indigne presque tout le temps.
3 ( ) Je sens que je suis très mauvais(e) ou très indigne.

6.
0 ( ) Je n'ai pas l'impression d'être puni(e).
1 ( ) J'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver.
2 ( ) Je sens que je suis ou serai puni(e).
3 ( ) Je sens que je mérite d'être puni(e)
3 ( ) Je veux être puni(e).

7.
0 ( ) Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même.
1 ( ) je suis déçu(e) de moi-même.
1 ( ) Je ne m'aime pas.
2 ( ) Je suis dégoûté(e) de moi-même.
3 ( ) Je me hais.

8.
0 ( ) Je ne sens pas que je suis pire que les autres.
1 ( ) Je me critique pour mes faiblesses et mes erreurs.
2 ( ) Je me blâme pour mes fautes.
3 ( ) Je me blâme pour tout ce qui m'arrive de mal.

9.
0 ( ) Je n'ai aucune idée de me faire du mal.
1 ( ) J'ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrais pas à exécution.
2 ( ) Je sens que je serais mieux mort(e).
2 ( ) Je sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e).
3 ( ) J'ai des plans définis pour un acte suicidaire.
3 ( ) Je me tuerais si je le pouvais.

10.
0 ( ) Je ne pleure pas plus que d'habitude.
1 ( ) Je pleure plus maintenant qu'auparavant.
2 ( ) Je pleure tout le temps maintenant. Je ne peux plus m'arrêter.
3 ( ) Auparavant, j'étais capable de pleurer mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux.

11.
0 ( ) Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude.
1 ( ) Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire
2 ( ) Je me sens irrité(e) tout le temps.
3 ( ) Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement.

12.
0 ( ) Je n'ai pas perdu intérêt aux autres.
1 ( ) Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant.
2 ( ) J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiment pour eux.
3 ( ) J'ai perdu tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout.

13.
0 ( ) Je prends des décisions aussi bien que d'habitude.
1 ( ) J'essaie de remettre à plus tard mes décisions.
2 ( ) J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions.
3 ( ) Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout.

14.
0 ( ) Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant.
1 ( ) Je m'inquiète de paraître vieux(vieille) et sans attrait.
2 ( ) Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attrait.
3 ( ) Je me sens laid(e) et répugnant(e).

15.
0 ( ) Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant.
1 ( ) J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose.
1 ( ) Je ne travaille pas aussi bien qu'avant.
2 ( ) J'ai besoin de me pousser fort pour faire quoi que ce soit.
3 ( ) Je ne peux faire aucun travail.

16.
0 ( ) Je peux dormir aussi bien que d'habitude.
1 ( ) Je me réveille plus fatigué(e) que d'habitude.
2 ( ) Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir.
3 ( ) Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de cinq heures.

17.
0 ( ) Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
1 ( ) Je me fatigue plus facilement qu'avant.
2 ( ) Je me fatigue à faire quoi que ce soit.
3 ( ) Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.

18.
0 ( ) Mon appétit est aussi bon que d'habitude.
1 ( ) Mon appétit n'est plus aussi bon que d'habitude.
2 ( ) Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.
3 ( ) Je n'ai plus d'appétit du tout.

19.
0 ( ) Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu dernièrement).
1 ( ) J'ai perdu plus de 5 livres.
2 ( ) J'ai perdu plus de 10 livres.
3 ( ) J'ai perdu plus de 15 livres.

20.
0 ( ) Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude.
1 ( ) Je suis préoccupé(e) par des maux ou des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation.
2 ( ) Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose.
3 ( ) Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens.

21.
0 ( ) Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
1 ( ) Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant.
2 ( ) Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant.
3 ( ) J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe.

INVENTAIRE DE BECK POUR L'ANXIÉTÉ

Nom : __________________________ Date : _______________ Résultat : ____________

Voici une liste de symptômes courants dus à l'anxiété. Veuillez lire chaque symptôme attentivement. Indiquez, en encerclant le chiffre approprié, à quel degré vous avez été affecté par chacun de ces symptômes *au cours de la dernière semaine*, aujourd'hui inclus.

Au cours des 7 derniers jours, j'ai été affecté(e) par…		**Pas du tout**	**Un peu Cela ne m'a pas beaucoup dérangé(e)**	**Modérément C'était très déplaisant mais supportable**	**Beaucoup Je pouvais à peine le supporter**
1.	Sensations d'engourdissement ou de picotement	0	1	2	3
2.	Bouffées de chaleur	0	1	2	3
3.	«Jambes molles», tremblements dans les jambes	0	1	2	3
4.	Incapacité de se détendre	0	1	2	3
5.	Crainte que le pire ne survienne	0	1	2	3
6.	Étourdissement ou vertige, désorientation	0	1	2	3
7.	Battements cardiaques marqués ou rapides	0	1	2	3
8.	Mal assuré(e), manque d'assurance dans mes mouvements	0	1	2	3
9.	Terrifié(e)	0	1	2	3
10.	Nervosité	0	1	2	3
11.	Sensation d'étouffement	0	1	2	3
12.	Tremblements des mains	0	1	2	3
13.	Tremblements, chancelant(e)	0	1	2	3
14.	Crainte de perdre le contrôle de soi	0	1	2	3
15.	Respiration difficile	0	1	2	3
16.	Peur de mourir	0	1	2	3
17.	Sensation de peur, «avoir la frousse»	0	1	2	3
18.	Indigestion ou malaise abdominal	0	1	2	3
19.	Sensation de défaillance ou d'évanouissement	0	1	2	3
20.	Rougissement du visage	0	1	2	3
21.	Transpiration (non associée à la chaleur)	0	1	2	3

Utilisé par le Laboratoire d'Étude du Trauma
Traduction française : Mark Freeston (1989)

COMMENT INTERPRÉTER LES RÉSULTATS DES INVENTAIRES DE BECK POUR LA DÉPRESSION ET L'ANXIÉTÉ

0 à 9 :	normal
10 à 19 :	dépression ou anxiété légères
20 à 25 :	dépression ou anxiété modérées
26 à 29 :	dépression ou anxiété modérées à sévères
30 à 40 :	dépression ou anxiété sévères
41 ou plus :	dépression ou anxiété très sévères

Ces inventaires ne sont pas des outils diagnostiques doivent être utilisés dans un contexte avant tout clinique et les chiffres ci-dessus ne constituent que des repères permettant de mieux se situer pour ceux qui sont moins familiers avec ces échelles de mesure.

QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ DU PATIENT-9 (PHQ - 9)

Nom : ____ **Date :** ______________________

Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants?

(Utilisez un « ✔ » pour indiquer votre réponse)

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de sept jours	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses	0	1	2	3
2. Se sentir triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou trop dormir	0	1	2	3
4. Se sentir fatigué(e) ou avoir peu d'énergie	0	1	2	3
5. Peu d'appétit ou trop manger	0	1	2	3
6. Mauvaise perception de vous-même ou vous pensez que vous êtes un perdant ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille	0	1	2	3
7. Difficultés à se concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Vous bougez ou parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer. Ou au contraire vous êtes si agité(e) que vous bougez beaucoup plus que d'habitude	0	1	2	3
9. Vous avez pensé que vous seriez mieux mort(e) ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre	0	1	2	3

___0__ + ______ + ______ + ______

= TOTAL : ___________________

Si vous avez coché au moins un des problèmes nommés dans ce questionnaire, répondez à la question suivante : dans quelle mesure ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu difficile(s) votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à bien vous entendre avec les autres?

Pas du tout difficile(s)	Plutôt difficile(s)	Très difficile(s)	Extrêmement difficile(s)
☐	☐	☐	☐

Mis au point par les Drs Robert L. Spitzer, Janet B. Williams et Kurt Kroenke et collègues, et une bourse d'étude de Pfizer Inc. Aucune permission requise pour reproduire, traduire, afficher ou distribuer.



Clinique des maladies affectives

Questionnaire sur la maladie bipolaire

		Oui	Non
A.	Avez-vous déjà connu une période dans votre vie où vous n'avez pas été comme vous êtes d'habitude, et où …		
1.	…vous vous êtes senti tellement bien, tellement excité que les autres ont pensé que vous n'étiez pas comme vous êtes normalement, ou tellement excité que cela vous a amené des problèmes?		
2.	…vous avez été irritable au point de crier après les gens ou de provoquer des disputes ou des bagarres?		
3.	…vous avez eu beaucoup plus confiance en vous que d'habitude?		
4.	…vous avez dormi beaucoup moins sans vraiment ressentir que vous manquiez de sommeil?		
5.	…vous avez parlé plus vite ou beaucoup plus que d'habitude?		
6.	…vos pensées sont allées très vite et vous avez été incapable de les ralentir?		
7.	…vous avez été facilement distrait par tout ce qui se passait autour de vous, au point d'avoir du mal à vous concentrer ou à maintenir la direction de vos pensées?		
8.	…vous avez eu beaucoup plus d'énergie que d'habitude?		
9.	…vous avez été beaucoup plus actif ou vous avez fait beaucoup plus de choses que d'habitude?		
10.	…vous avez été beaucoup plus sociable ou extraverti que d'habitude, par ex : vous avez téléphoné à des amis au milieu de la nuit?		
11.	…vous avez été beaucoup plus intéressé par le sexe que d'habitude?		
12.	…vous avez fait des choses inhabituelles pour vous ou que les autres auraient pu trouver excessives, bizarres ou risquées?		
13.	…vous avez dépensé beaucoup d'argent au point de vous amener des problèmes, à vous ou à votre famille?		

B.	Si vous avez répondu OUI à plus d'une réponse ci-dessus, est-ce que plusieurs de ces caractéristiques se sont produites durant la même période? *Encerclez une réponse.* OUI NON
C,	A quel point ces comportements ou impressions vous ont-ils causé des problèmes? Par exemple : être incapable de travailler; avoir des problèmes familiaux, légaux, d'argent; avoir des disputes ou des bagarres? *Cochez une seule réponse.* ☐ Aucun problème ☐ Problème modéré ☐ Problème mineur ☐ Problème sérieux

Réf. : Hirschfeld, R.M.; Williams, J.B. al. Development and validation or a screening instrument for bipolar spectrum disorder : the Mood Disorder Questionnaire. American Journal of Psychiatry. 2000 Nov; 157(11) : 1873-5
Traduction et adaptation : Gaëtan Grondin, m.d., André Tremblay, t.s., J. Leblanc, m.d., Clinique des maladies affectives, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Juillet 2004

Mood Disorder Questionnaire

Utilité : Questionnaire fréquemment utilisé lorsqu'on soupçonne la présence d'un trouble bipolaire de type I ou II

Mode d'emploi : A faire remplir par le patient

Score : item A : OUI à 7 réponses ou plus et;
Item B : OUI et;
Item C : problème modéré ou sévère

Sont suggestifs d'un trouble bipolaire (le type est à déterminer selon l'histoire ou l'évolution)

REGISTRE DES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES

Date : Du ______________________________ Au ______________________________

Note : Coter de 0 à 10 le degré de plaisir (P) et de maîtrise (M) à côté de chaque activité
(0 = absence, 10 = maximale)

HEURE	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
6-7h							
7-8h							
8-9h							
9-10h							
10-11h							
11-12h							
12-13h							
13-14h							
14-15h							
15-16h							
16-17h							
17-18h							
18-19h							
19-21h							
21-24h							
00-6h							

TABLEAU D'ENREGISTREMENT DES PENSÉES AUTOMATIQUES

ÉVÉNEMENT Situation ou occasion ou fil des pensées	**ÉMOTION** Spécifier l'émotion (0-100%)	**PENSÉES AUTOMATIQUES** Écrire textuellement les pensées et images à l'origine de l'émotion	**FAITS QUI SOUTIENNENT LA PENSEE AUTOMATIQUE**	**FAITS QUI CONTREDISENT LA PENSÉE AUTOMATIQUE**	**PENSÉES ALTERNATIVES** Écrire les pensées réalistes résultant de la restructuration cognitive	**RÉSULTAT** Réévaluer l'intensité de l'émotion (0-100%)

Remettre en question les pensées négatives

1. **Décrivez la situation:** Quoi? Où? Quand? Avec qui?

2. **Ecrivez vos émotions et évaluez l'intensité de chaque émotion (0-100%)**

- Utilisez un mot pour décrire chaque émotion (ex. colère, tristesse, anxiété, honte, dégoût, fierté…)

3. **Ecrivez vos pensées**

- Quelles pensées traversaient mon esprit avant que je ne me sente ainsi?
- Qu'est ce que ca signifie pour moi, mon futur, ma vie?
- Que craignais-je?
- Quelle est la pire chose qui puisse arriver? Est-ce vrai?
- Et ceci veut dire qu'on me percoit comment?
- Et ceci indique que les gens ou le monde en général est…
- Quelles sont les images ou les souvenirs qui accompagnent cette émotion?

4. **Encerclez la "pensée chaude" et évaluez le degré de croyance (0-100%)**

- Pensée chaude: pensée automatique qui est liée à la plus grande charge émotionnelle

5. **Ecrivez les faits qui soutiennent la pensée automatique:**

- Ecrire des fait qui soutiennent cette conclusion (éviter la lecture de pensée et l'interprétation des faits)

6. **Ecrivez les faits qui contredisent la pensée automatique:**

- Ai-je déjà eu des expériences qui m'indiquent que cette pensée n'est pas toujours vraie?
- Si mon meilleur ami ou quelqu'un que j'aime pensait ceci, que leur dirais-je?
- Si mon meilleur ami ou quelqu'un qui m'aime savait que je pensais ceci, que me diraient-ils? Quels faits souligneraient-ils afin de suggérer que ces pensées ne sont pas vraies à 100%?
- Quand je ne me sens pas ainsi, est-ce que ma façon de voir les choses est différente? Comment?
- Quand je me suis senti ainsi dans le passé, ais-je eu des pensées qui m'ont aidé?
- Ais-je déjà été dans ce type de situation dans le passé? Qu'est-ce qui est arrivé? Y'a-t-il une différence entre les situations présente et passées? Qu'ais-je appris des expériences précédentes qui pourrait me servir maintenant?
- Y'a-t-il des petites choses qui contredisent mes pensées dont je ne tiens pas compte car elles ne sont pas "importantes"?
- Dans 5 ans, si j'examine cette situation, est-ce que je la considérerai différemment? Est-ce que mon focus se portera sur différents aspects de la situation?
- Est-ce que j'oublie de tenir compte de certaines forces ou qualités personnelles ou liées à la situation?
- Est-ce que je saute à des conclusions qui ne sont pas tout à fait justifiées par les faits?
- Est-ce que je me blâme pour une quelque chose qui est hors de mon contrôle?

7. **Pensée alternative/équilibrée**

- Basé sur les faits pour et contre, y'a-t-il une autre façon de voir les choses?
- Ecrivez une phrase qui résume les étapes 5 et 6. Est-ce qu'en combinant les 2 phrases avec le mot et crée une pensée équilibrée qui tient compte de toute l'information acquise?
- Est-ce que quelqu'un en qui j'ai confiance aurait une autre façon de comprendre cette situation?
- Si ce que je pense est vrai, quelle est la pire issue? Quelle est la meilleure? Quelle est la plus réaliste?
- Évaluez le degré de croyance dans la pensée alternative et ré-évaluez le degré de croyance dans la pensée "chaude"

8. **Ré-évaluez l'intensité des émotions**

9. **Plan d'action**

- Pouvez-vous faire quelque chose pour changer la situation qui a occasionné votre détresse?
- Et sinon, est-ce possible de réagir différemment la prochaine fois?

Traduit par Thanh-Lan Ngô, M.D. de Greenberger, D et Padesky, C (1995)

Biais d'interprétation

Certaines pensées automatiques sont vraies, certaines sont fausses et d'autres ont un grain de vérité. Les biais d'interprétation les plus fréquents sont:

1. **Tout ou rien** (ou blanc ou noir, pensée dichotomique): classer une situation dans l'une de deux catégories polarisées au lieu d'un continuum.
   Ex. si je n'ai pas 100%, je ne suis rien
2. **Dramatisation**: Mettre les choses au pire.
   Ex. Personne ne m'adressera la parole.
3. **Disqualification le positif**: Se dire que les expériences positives et les qualités ne comptent pas.
   Ex. J'ai eu une bonne note mais ca ne veut rien dire, j'ai été chanceuse…
4. **Raisonnement émotif**: Penser que quelque chose est vrai parce qu'on le sent vraiment, en ne tenant pas compte des faits qui le contredisent.
   Ex. Je sais que je ne suis pas nulle, mais je me sens nulle
5. **Etiquetage:** Assigner une étiquette globale à quelqu'un sans considérer des alternatives plus plausibles
   Ex. Je suis un nul. C'est un écoeurant.
6. **Magnification/minimisation**: Quand on évalue une personne ou une situation, on se penche sur le négatif et on minimise le positif.
   Ex. Cette mauvaise évaluation prouve que je suis nulle. Les autres évaluations, toutes bonnes, ne veulent rien dire.
7. **Filtre mental**: Focus sur un détail négatif plutôt que le portrait global.
   Ex. Comme j'ai une cote négative dans toute mon évaluation, ca veut dire que je suis incompétent.
8. **Lecture de la pensée:** Etre certain de savoir ce que les autres pensent, en ne considérant pas des alternatives plus plausibles.
   Ex. Il pense que je ne sais pas ce que je fais.
9. **Généralisation à outrance:** En arriver à une conclusion négative qui dépasse les faits.
   Ex. Comme je me suis senti inconfortable dans cette situation, ca prouve que je suis incapable de me faire des amis
10. **Personalisation:** "Prendre ca personnel".
    Ex. mon patron était de mauvaise humeur à cause de moi
11. **Dois et devrais:** Avoir une idée fixe des règles qui régissent son propre comportement et celui des autres et surestimer les conséquences d'une dérogation aux règles.
    Ex. C'est terrible de ne pas avoir 100%. Je devrais toujours faire mon possible.
12. **Vision en tunnel**: Ne voir que les aspects négatifs d'une situation.
    Ex. Le prof de mon fils est un incompétent. Il est critique et insensible.

Traduit par Thanh-Lan Ngô, M.D.

RÉSOLUTION DE PROBLÈME

1. **Prendre conscience du ou des problèmes**

a) Reconnaître la présence d'un ou de plusieurs problèmes importants et le ou les définir.
b) Décrire le ou les problèmes de façon précise et concrète.
c) S'il y a plusieurs problèmes, en dresser la liste en commençant par le plus important en fonction de la gravité et de l'urgence.

Liste des problèmes :
1.
2.
3.
4.

2. **Adopter une attitude constructive.**

a) Le problème peut être considéré comme un défi plutôt que comme une menace.
b) Le problème peut être une occasion de croissance.

3. **Fixer des objectifs**.

Se fixer des objectifs clairs, réalistes et limités.

Liste des objectifs :
1.
2.
3.
4.

4. **Chercher des solutions possibles.**

Écrire spontanément toutes les solutions qui semblent bonnes ou moins bonnes sans les analyser immédiatement.

Liste des solutions :
1.
2.
3.

5. **Considérer les avantages et les inconvénients des solutions.**

a) Énumérer les avantages, à court, à moyen et à long terme, des solutions trouvées au point 4.

b) Énumérer les inconvénients, à court, à moyen et à long terme, des solutions trouvées au point 4.

Solution 1	**Avantages**	**inconvénients**
À court terme		
À moyen terme		
A long terme		
Solution 2	**Avantages**	**inconvénients**
À court terme		
À moyen terme		
A long terme		

6. **Choisir une solution**

Choisir une solution ou un ensemble de solutions.

7. **Connaître les obstacles et les ressources**

a) Reconnaître les obstacles à surmonter :

b) Trouver les ressources disponibles.

8. **Déterminer un plan d'action.**

a) Produire un plan détaillé.

b) Établir un échéancier réaliste et précis.

c) Commencer par une étape facile.

d) Passer à l'action le plus rapidement possible.

Liste des étapes
1.
2.
3.
4.
5.

9. **Passer à l'action et évaluer les résultats.**

L'AFFIRMATION DE SOI

Définition du comportement affirmatif
L'affirmation de soi consiste en la capacité d'exprimer ses émotions, ses désirs et ses opinions, et de défendre ses droits tout en respectant ceux des autres, ceci de façon directe, honnête et appropriée.

Les trois aspects essentiels dont il faut tenir compte pour réussir à s'affirmer
- Connaître ses émotions, ses désirs, ses opinions et ses droits.
- Tenir compte des émotions, des désirs, des opinions et des droits d'autrui.
- Communiquer ses émotions, ses désirs, ses opinions et ses droits de façon adéquate.

Reconnaître les autres comportements et leurs caractéristiques

Soumis : Incapacité d'exprimer ses émotions, ses désirs et ses opinions, ou les exprimer de façon inapproprié au détriment de ses propres droits (peut-être, je ne sais pas, etc.).

Agressif : Être en mesure d'exprimer ses émotions, ses désirs et ses opinions ainsi que de défendre ses droits, mais souvent au détriment des droits des autres, et ceci de façon directe et souvent honnête, mais plutôt inappropriée (hausser le ton, manifester de la colère, etc.).

Manipulateur : Exprimer de façon indirecte et souvent malhonnête ses émotions, ses désirs et ses opinions dans le but de satisfaire ses besoins et de défendre ses droits au détriment des besoins et des droits des autres (si tu m'aimes vraiment, tu…).

Démarche recommandée
* Si plus d'un comportement est repéré, la personne a intérêt à aborder chaque comportement séparément.

1. Cocher le comportement adopté*.

Soumis Agressif Manipulateur Affirmatif

2. Chercher d'où vient ce comportement et quand il a commencé.

3. Reconnaître les pensées se rattachant au comportement adopté.

4. Distinguer les avantages des inconvénients à court et à long terme du comportement repéré.

5. Dresser la liste des avantages et des inconvénients apportés parune meilleure affirmation de soi.

6. Apprendre à s'affirmer avant de passer à l'action.

• Définir ses émotions, ses désirs, ses pensées et ses droits.
• Reconnaître ceux des autres personnes.
• Voir les compromis envisageables dans une situation donnée.
• Résumer la situation.
• Verbaliser les émotions suscitées par la situation.
• Élaborer les objectifs visés par la démarche.
• Considérer les conséquences et les risques découlant de la démarche.
• Répéter, si possible, l'affirmation au moyen de jeux de rôles ou autrement.

7. Passer à l'action.

• Dresser la liste des principales situations problématiques.
• Suivre un ordre croissant, c'est-à-dire commencer par la situation la plus facile.
• Dresser la liste de ses arguments en faveur d'un comportement affirmatif ou contre ce comportement en tenant compte des besoins et des droits de l'autre.
• Connaître les risques liés au comportement affirmatif et reconnaître les peurs et les pensées qui s'y rattachent.
• Se rappeler qu'il est préférable de juger l'acte et non la personne.
• Garder son calme.
• Accepter les compromis.
• Choisir le moment le plus approprié pour passer à l'action.
• Agir.

8. Évaluer les résultats.

La thérapie cognitivo-comportementale

Objectifs

Ce dépliant est destiné à ceux qui veulent en savoir plus sur la thérapie cognitivo-comportementale ou TCC. Il traite de son mode d'action, ses indications, ses effets directs et secondaires ainsi qui des traitements alternatifs.

Qu'est-ce que la TCC?

C'est une façon d'explorer:

- votre perception de vous-même, du monde en général et des autres
- comment votre comportement influence vos pensées et vos émotions.

La TCC peut vous aider à modifier votre façon de penser (l'aspect cognitif) et votre façon d'agir (l'aspect comportemental). Ces changements devraient améliorer votre état émotionnel. Contrairement à d'autres traitements, cette thérapie est centrée sur vos problèmes actuels. Au lieu d'analyser votre passé, pour trouver les causes de vos symptômes, cette forme de thérapie vous aide à trouver des techniques pratiques pour vous sentir mieux maintenant.

La TCC aide les personnes qui souffrent de troubles anxieux, dépression, crises de panique, agoraphobie et autres phobies (y compris l'agoraphobie et la phobie sociale), stress, boulimie, troubles obsessionnels-compulsifs, syndrome de stress post-traumatique, trouble bipolaire, psychose.

La TCC peut aussi vous aider si vous souffrez de crises de colère, si vous avez une faible estime personnelle, ou si vous avez des problèmes physiques, comme la douleur ou la fatigue.

Le mode d'action

La TCC vous aide à mieux comprendre vos problèmes en les décomposant en plusieurs éléments. On peut alors plus voir plus facilement les liens entre ces éléments et leur impact sur vous.

Ces éléments peuvent être divisés comme suit:

- un événement
- des pensées
- des émotions
- des sensations physiques
- des actions

Chaque élément peut influencer l'autre. Votre façon de percevoir un problème peut influencer vos sensations physiques et émotionnelles et par conséquent influencer votre comportement.

Il y a plusieurs façons de réagir à une situation. Cela dépend de votre perception de cette situation qui peut être aidante ou nuisible

Par exemple: Vous avez passé une mauvaise journée et vous êtes de mauvaise humeur. Vous sortez magasiner. Dans la rue, par hasard, vous rencontrez quelqu'un que vous connaissez et qui semble vous ignorer complètement.

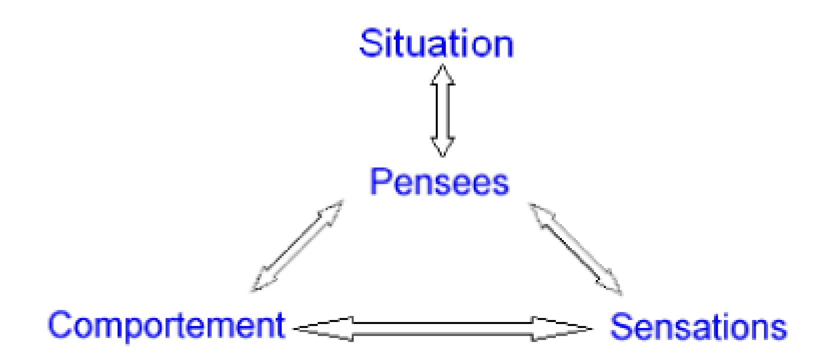
	Négative	**Positive**
Pensées	Il m'a ignoré donc il est fâché et ne m'aime pas	Il a l'air préoccupé; j'espère qu'il va bien
Emotions	Déprimé, attristé, rejeté	Inquiet pour la personne
Sensations	Crampes abdominales	Confortable

	Négative	Positive
Physiques	Fatigue, nausea	
Comportement	Retour à la maison et éviter cette personne	On l'appelle pour en savoir plus

Dans cet exemple, on constate que la même situation a été interprétée de deux façons différentes. Les pensées ont eu un impact sur les émotions et les comportements. Les résultats sont donc différents dans les deux cas.

Dans la colonne gauche, on constate que la personne a sauté aux conclusions sans vérifier les faits. Conséquemment, elle a des émotions inconfortables et des comportements qui peuvent accentuer l'état d'anxiété et de dépression. Si on revient à la maison déprimé, on peut avoir tendance à ruminer sur ce qui s'est passé et se sentir encore plus déprimé. Si on contacte l'autre personne, on peut se sentir mieux. Si on évite l'autre personne, on ne pourra pas vérifier nos perceptions la concernant et conséquemment, on peut se sentir encore plus mal.

Voici un schéma simplifié du cycle liant les quatre éléments:



Ce 'cercle vicieux' peut avoir des effets nuisibles sur vos émotions.Il peut créer de nouvelles situations qui peuvent empirer votre état. Vous pourrez avoir une perception

irréaliste et contre-productive de vous-même. En cas de détresse, on peut avoir tendance à sauter aux conclusions et à interpréter les événements de façon extrême et contre-productive.

La TCC peut vous aider à briser ce cercle vicieux de pensées, émotions et comportement. En décortiquant les éléments de ce cycle vous pourrez (par des techniques enseignées pendant les séances) modifier votre état émotionnel. Avec le temps, vous trouverez vos propres trucs pour mieux faire face à ces problèmes.

Qu'est ce que la TCC en pratique?

Les consultations

La TCC se fait en groupe et en individuel. Elle est aussi accessible à travers la lecture de livres spécialisés (par exemple, « Etre bien dans sa peau » de David Burns ou « Surmonter la dépression » de Dennis Greenberger et Christine Padesky) ou de programmes informatiques interactifs (ex. https://moodgym.anu.edu.au/welcome; http://www.llttf.com).

Si vous êtes en thérapie individuelle:

- Vous rencontrerez un thérapeute pour 5 à 20 sessions, chaque semaine ou à toutes les deux semaines. Chaque séance dure entre 30 et 60 minutes.
- Pendant les premières 2 à 4 séances, on pourra voir si vous êtes confortable avec cette forme de thérapie et si elle vous aide.
- Le thérapeute vous posera des questions sur votre passé et votre vie actuelle. Il est vrai que la TCC met l'accent sur le présent, mais il est important pour le thérapeute de connaître un peu votre passé pour en comprendre les impacts sur vous.
- Vous déciderez des priorités à court, moyen et long terme.

- En général vous commencerez vos séances par une discussion avec le thérapeute sur le contenu de la séance.

La thérapie

Avec le thérapeute vous allez décortiquer le problème en éléments distincts comme dans l'exemple précédent. Le thérapeute vous demandera de tenir un journal quotidien. Le journal vous aidera à identifier votre mode de pensée, vos émotions, vos sensations physiques et comportements.

Ensemble vous observerez vos pensées, émotions et comportements pour voir s'ils sont:

- Irréalistes ou contre-productifs
- Les liens entre ces éléments et leur impact sur vous

S'il ya lieu, le thérapeute vous aidera à ré-évaluer ces pensées et comportements.

C'est bien sur facile à dire, plus difficile à faire. Après avoir identifié les aspects à changer le thérapeute vous donnera des tâches à domicile- vous mettrez en application ce que vous aurez appris en thérapie. Vous pourrez par exemple:

1. remettre en question une pensée triste ou négative et la remplacer par une autre plus utile et plus réaliste
2. réaliser que vous aller poser des gestes qui auront un effet négatif sur votre état émotionnel et choisir d'adopter un comportement qui sera plus aidant

A chaque séance, vous évaluerez votre progrès depuis la dernière séance. Votre thérapeute peut vous suggérer des modifications si certaines tâches vous semblent trop difficiles ou contre-productives.

On ne vous forcera pas à faire des choses que vous ne voulez pas faire. Vous déciderez du rythme à suivre et du niveau qui vous convient. Un avantage de la TCC

est que vous pourrez mettre en application les techniques même après la fin de la thérapie. Cela rend le traitement plus efficace à long terme et diminue les chances de rechute.

Qu'elle est l'efficacité de la TCC?

C'est l'un des traitements les plus efficaces pour les conditions comme la dépression et les troubles anxieux.

C'est le traitement psychologique le plus efficace pour les dépressions d'ordre modéré et sévère.

Elle est aussi efficace que les antidépresseurs pour plusieurs types de dépressions.

Quels sont les traitements alternatifs et qu'elle est leur efficacité?

La TCC est utilisée pour plusieurs conditions. Il n'est pas possible de toutes les énumérer. Voici les alternatives lorsque vous souffrez de dépression ou d'anxiété :

- La TCC n'est pas pour tout le monde et une autre forme de psychothérapie pourrait mieux vous convenir.
- La TCC est aussi efficace que les antidépresseurs pour plusieurs types de dépression. Il se peut qu'elle soit même relativement plus efficace pour les troubles anxieux.
- Pour les dépressions sévères, la TCC doit être utilisée en conjonction avec les médicaments. Les médicaments devraient vous aider à atteindre un état mental qui vous permette de participer à cette forme de thérapie.
- Les tranquillisants ne doivent généralement pas être utilisés à long terme pour les troubles anxieux. La TCC est préférable.

Les limites de la TCC

- La TCC n'offre pas une solution rapide. Un thérapeute est comme un entraîneur personnel qui conseille et encourage, mais ne peut pas 'agir' à votre place.
- Si vous êtes déprimé, il est souvent difficile de vous concentrer ou de vous motiver.
- Pour vaincre l'anxiété, il faut la confronter; vous pourriez vous sentir plus anxieux pendant un certain temps.
- Un bon thérapeute adaptera vos séances au rythme qui vous convient. Vous choisirez ce que vous faites ensemble et vous contrôlerez ainsi la situation.

Quelle est la durée du traitement?

La thérapie peut s'étaler sur une période allant de 6 semaines à 6 mois. Cela dépend de la nature de votre problème et de votre progrès. La TCC est plus ou moins disponible à travers le Canada et il est possible que vous soyez placé sur une liste d'attente avant de recevoir votre traitement.

Et si les symptômes revenaient?

Il y a toujours un risque d'un retour de la dépression ou des troubles anxieux. Dans ce cas, les techniques que vous avez apprises au cours de votre traitement devraient vous aider à mieux contrôler vos symptômes. Il est important que vous continuiez à pratiquer les techniques TCC même lorsque vous vous sentez mieux et en l'absence de symptômes.

Certaines recherches suggèrent que la TCC est plus efficace que les antidépresseurs pour diminuer les risques de rechute en dépression. Il se peut que vous deviez reconsulter votre thérapeute au besoin.

Quel sera l'impact de la TCC sur ma vie?

La dépression et l'anxiété sont très désagréables. Elles peuvent avoir des effets négatifs sur votre qualité de vie. La TCC peut vous aider à contrôler vos symptômes. Il est improbable qu'elle ait un impact négatif sur votre vie à part le temps que vous devrez dédier à la thérapie.

Comment est-ce-que je peux profiter de la TCC?

Parlez à votre médecin généraliste. Il pourrait vous conseillez quelqu'un qui a suivi une formation dans la TCC - par exemple, un psychologue, une infirmière, un travailleur social ou un psychiatre.

Vous pourriez essayer de vous aider vous-même - avec un livre ou un programme d'auto-thérapie sur internet. La TCC vous aidera peut-être davantage si vous avez aussi l soutien d'un professionnel.

Que se passe-t'il si je ne veux pas de cette thérapie?

Vous pouvez toujours demander à votre médecin s'il y a d'autres formes de traitement. Vous pouvez aussi:

- vous informer au sujet de ce traitement et d'autres avant de prendre votre décision;
- essayer avant d'acheter, un livre ou un cd-rom pour quelques jours;
- attendre pour voir si vos symptômes s'améliorent sans traitement. Vous pouvez toujours recevoir la TCC à une date ultérieure.

Changement d'attitude: 10 faits clés sur la TCC

Changez votre façon de penser et d'agir	Recherche: démontre que la TCC peut vous aider
Tâches à domicile: "C'est en forgeant	Perspective : Regardez les événements d'un

qu'on devient forgeron"	autre point de vue
Action : les actes pèsent plus que les paroles	Je peux le faire. Auto-traitement
Le besoin: identifiez le problème	Expérience: testez vos croyances
Objectifs: cherchez à atteindre vos buts	Ecrivez le: afin de vous souvenir de vos progrès

L'ACTIVATION COMPORTEMENTALE

La dépression est un cercle vicieux. Elle vous ralentit mentalement et physiquement. Tout devient un effort et vous vous fatiguez facilement. Vous en faites de moins en moins et vous vous blâmez ensuite parce que vous ne faites plus rien. Vous en venez à croire que vous ne pouvez rien faire et que vous ne surmonterez jamais la dépression. Cette pensée vous déprime encore plus. C'est encore plus difficile de faire quelque chose etc.

Surmonter le problème par l'activation comportementale

Lorsqu'on devient plus actif, on sort du cercle vicieux. Cette stratégie comporte plusieurs avantages:

On se sent mieux lorsqu'on est actif

Au minimum, on s'attarde moins aux sentiments douloureux. On peut avoir l'impression de reprendre le contrôle de sa vie et faire quelque chose de constructif. Il se peut que vous trouviez même des choses qui vous plaisent lorsque vous les essayez.

On se sent moins fatigué lorsqu'on est actif

Normalement lorsqu'on est fatigué, on a besoin de repos. Lorsqu'on est déprimé, l'opposé est vrai. On a besoin d'en faire plus. Lorsque vous êtes inactif, vous vous sentez plus léthargique et fatigué. Par exemple, pour chaque journée passée au lit, on perd 3% de notre masse musculaire et on devient donc de plus en plus faible. Et lorsque vous ne faites rien, vous avez beaucoup de temps pour penser à ce qui ne va pas ce qui peut vous déprimer encore plus.

L'activité vous motive pour en faire plus

Malgré la dépression , plus on en fait, plus on a envie d'en faire.

L'activité améliore votre façon de voir les choses

Lorsqu'on commence, les problèmes apparemment insolubles peuvent être mis en perspective.

Malgré ces avantages, s'activer n'est pas facile. C'est à cause des pensées pessimistes qui caractérisent la dépression. Lorsqu'on est déprimé, on a l'impression de ne rien faire, de ne rien accomplir et de ne rien aimer. On peut avoir des difficultés à organiser son temps de façon productive ou de s'impliquer dans des choses qui nous font plaisir, d'habitude. Lorsqu'on est face à quelque chose qu'on pourrait vouloir faire, on se dit: "je n'aimerai pas ça", "c'est trop difficile", "je vais tout gâcher". Ces pensées vous empêchent d'être plus actif et vous maintiennent dans le cercle vicieux.

Plus tard dans la thérapie, vous apprendrez à travailler directement sur ces pensées déprimantes qui vous empêchent de faire ce que vous voulez. Le but est de noter et remettre en question ces pensées afin qu'elles ne vous empêchent plus de vivre. En tout premier, il faut que vous sachiez ce que vous faites et combien de plaisir et de satisfaction vous en dérivez. Ce que vous découvrirez vous aidera à planifier votre temps afin de profiter au maximum de vos journées. Il y a deux étapes: l'auto-observation et la planification.

PREMIÈRE ÉTAPE: L'AUTO-OBSERVATION

L'auto-observation consiste à observer vos activités. Il faut écrire en détail ce que vous faites, heure par heure. Vous pouvez l'inscrire dans un cahier ou un agenda ou votre thérapeute vous remettra une feuille spéciale.

La grille d'auto-observation vous montrera noir sur blanc ce que vous faites et vous aidera à découvrir combien de satisfaction vous en dérivez. Ceci vous permettra de tester des pensées comme "je ne fais rien", "je n'ai plus de plaisir" et de voir si elles correspondent aux faits. Il se peut que vous soyez plus actif et compétent que vous ne pensiez et que vous découvriez que certaines choses vous font encore plaisir. Même si tel n'est pas le cas, vous aurez un document factuel qui vous aidera à découvrir les obstacles et qui servira de point de départ au changement que vous effectuerez dans votre emploi du temps.

Comment le faire

Dans les prochains jours, dans votre agenda ou sur votre grille, écrivez:

1. **Vos activités.** Écrivez ce que vous faites, heure par heure.
2. **Plaisir et maitrise.** Évaluez le plaisir (P) et le sentiment de fierté/maîtrise (M), sur une échelle de 0 à 10, que vous procure chaque activité. P10 signifie que vous avez vraiment eu beaucoup de plaisir et P0 signifie que vous n'avez pas du tout aimé l'activité. "M" est le sentiment de fierté/ maîtrise que vous éprouvez lorsque vous faites une activité. Etant donné votre état, combien de fierté éprouvez-vous? M10 indique qu'il s'agit d'un réel accomplissement et M0 signifie que ça n'en n'était pas un du tout.

Problèmes fréquents dans l'auto-observation

Penser qu'on ne fait rien S'asseoir devant la TV est une activité. Aller au lit ou regarder par la fenêtre en sont d'autres. Vous ne faites jamais "rien". Mais certaines activités sont moins aidantes que d'autres. Il serait utile de les identifier sur une grille plutôt que d'écrire "rien".

Sous-estimer ses accomplissements "M" doit refléter le degré d'effort déployé lors d'une activité, compte tenu de ce que vous vivez actuellement. Il ne faut pas se comparer à "avant la dépression" ou se comparer à d'autres. Lorsqu'on est déprimé, des choses qui sont faciles d'habitude deviennent difficiles. Ainsi, sortir du lit ou griller une tranche de pain peuvent être un réel accomplissement, si on tient compte de votre état présent. Faites attention aux pensées telles: "mais je devrais pouvoir le faire mieux" ou "Et puis? N'importe qui pourrait le faire". Ces pensées perpétuent le cercle vicieux. Il faut vous féliciter pour ce que vous êtes capable de faire.

Remplir la grille à la dernière minute Il faut remplir la grille au fur et à mesure. N'écrivez pas les cotes pour P et M à posteriori. Si vous le remplissez plus tard, votre dépression peut teinter votre vision de la journée et peut vous amener à ne pas tenir compte ou dénigrer ce que vous avez fait de bon. Lorsqu'on est déprimé, on remarque

et on se souvient facilement des événements tristes. On oublie les événements heureux ou on n'en tient pas compte. Si vous notez votre degré de plaisir ou de sentiment de maîtrise au moment de faire l'activité, vous minimisez le biais d'observation. Cela vous permettra aussi d'être plus sensible aux petits plaisirs et petites victoires, qui pourraient sinon passer inaperçues.

ÉTAPE 2 : LA PLANIFICATION DES ACTIVITÉS

Maintenant que vous voyez comment vous remplissez vos journées, la prochaine étape est de planifier chaque journée d'avance, en incluant des activités qui vous apporteront du plaisir et un sentiment de maîtrise. En planifiant vos activités, vous reprenez le contrôle de votre vie et vous vous donnez un but. Ce cadre que vous vous donnez vous empêchera de vous noyer dans une mare d'indécision (« et maintenant, qu'est-ce-que je fais ? ») et vous aidera à continuer à progresser même lorsque vous vous sentirez mal. Après avoir écrit les activités de la journée, elles vous sembleront moins insurmontables. Vous aurez divisé la journée en une série d'activités envisageables, plutôt que d'avoir à faire face à une période infinie de temps à remplir.

Comment le faire ?

1. **planifiez vos activités** Tous les soirs, ou dès le réveil, prenez le temps de planifier vos activités pour la journée qui s'en vient. Essayez de faire ceci lorsque vous êtes relativement bien et que vous êtes en mesure de réfléchir. Si vous avez de la difficulté à trouver du temps pour planifier votre journée, donnez-vous des indices d'action. Vous pouvez, par exemple, afficher des mémos un peu partout dans la maison ou demander à quelqu'un de vous rappeler vers 19h30 de planifier la prochaine journée. Si c'est possible, évitez d'être interrompu pendant cette activité. Fermez la TV et débranchez le téléphone.

   *Visez l'équilibre entre le plaisir et le sentiment de maîtr*ise. Si vous remplissez votre journée de tâches et négligez la relaxation et les activités plaisantes, vous courrez le risque de vous sentir épuisé, frustré et déprimé en fin de journée. Si, par contre,

vous négligez ce que vous avez à faire, votre plaisir risque d'être gâché par un sentiment de culpabilité et les problèmes risquent de s'accumuler. Essayez d'inclure dans votre journée les activités qui ont été valorisantes ou plaisantes dans le passé. Il est possible que lorsque vous aurez recommencé à faire ce que vous faisiez avant, vous vous sentirez mieux.

Encouragez-vous en commençant la journée avec une activité plaisante ou valorisante que vous avez des bonnes chances de faire. C'est très important de faire ceci, surtout si le « moteur est lent à partir » le matin et donnez vous une récompense (ex. une activité plaisante ou relaxante) lorsque vous relevez un défi. Vous pourriez par exemple prendre une pause café ou écouter votre programme de radio préféré lorsque vous aurez fait le ménage pendant une heure. Éviter le lit. On y dort le soir : ce n'est pas un refuge pendant le jour. Si vous avez besoin de repos ou de relaxation, trouvez une autre solution. Saviez-vous que pour chaque journée qu'on passe au lit, on perd 3% de notre masse musculaire. Ainsi, on devient de plus en plus faible. Aussi, comme l'être humain moyen a besoin de 7 heures de sommeil, toutes les heures passées au lit contribuent à perturber le sommeil la nuit (il est moins profond et réparateur). L'être humain a aussi besoin de « sortir » son énergie nerveuse par des activités physiques pendant le jour afin de bien dormir la nuit et si vous passez vos journées au lit, vous ne serez pas en mesure de passer une nuit agréable. Il est également important de réaliser que si on se réfugie dans le sommeil, les problèmes continuent à s'accumuler et on devient plus stressé et découragé.

Si la planification d'une journée entière semble trop difficile au début, essayez de séparer la journée en trois blocs (matin, après midi et soir) et faites un minimum d'activités pendant ces 3 périodes (ex. commencer par cinq minutes trois fois par jour), tout en vous concentrant sur une activité à la fois.

2. **écrivez ce que vous faites.** Suivez votre plan. Écrivez ce que vous faites dans la journée, en utilisant le registre des activités quotidiennes. Cotez chaque activité de 1 à 10, pour le plaisir et le sentiment de maîtrise.

3. **<u>révisez ce que vous avez fait.</u>** A la fin de chaque journée, révisez ce que vous avez fait. Prenez le temps d'examiner les activités de la journée, le plaisir et le sentiment de valorisation que vous en retirez et si vous avez été capable de compléter votre plan. Ceci vous permettra de voir ce que vous faites de vos journées, ce qui pourrait être amélioré et ce que vous pourriez vouloir changer dans votre routine.

   Si vous avez réussi, globalement, à faire ce que vous aviez planifié et que vous êtes raisonnablement satisfait, ceci pourra vous menez vers la guérison. Si par contre, vous n'avez pas réussi à faire ce que vous vous étiez dit que vous alliez faire ou si vous n'en n'avez retiré aucun plaisir, ceci pourra vous aider à comprendre pourquoi vous ne retirez pas le maximum de votre temps. Quel était le problème, exactement? Avez vous surestimé ce que vous pouviez faire, à l'intérieur du temps alloué ? Étiez-vous trop fatigué pour faire tout ce que vous aviez prévu de faire ? Avez-vous été trop ambitieux, en évitant de tenir compte de votre état actuel ? Avez-vous passé votre temps à faire ce que vous devriez faire au lieu de planifier des activités plaisantes ou relaxantes ?? Est-ce que des pensées pessimistes vous empêchaient de fonctionner ? Si vous voyez pourquoi votre plan n'a pas fonctionné, vous pouvez apprendre de vos expériences. Utilisez ce que vous avez appris pour planifier le futur.

<u>Faire face aux problèmes</u>

Souvent, lorsqu'on est déprimé, on peut avoir tendance à procrastiner. La liste des choses à faire s'allonge et on peut se sentir dépassé. Vous pouvez commencer à faire face aux problèmes en suivant ces étapes :

1. **<u>faire la liste des tâches que vous avez négligées</u>** sans se soucier de l'ordre dans lequel vous les écrivez.

2. **les classer selon un ordre de priorité.** Qu'est-ce qui doit être fait en premier ? Si vous ne pouvez prendre une décision ou si ce n'est pas important, classez-les en ordre alphabétique. L'important, maintenant, c'est de faire quelque chose.
3. **prendre la première tâche et la diviser en étapes.** Que devez vous faire d'abord pour la compléter.
4. **faire une répétition mentale, étape par étape.** Écrivez les difficultés pratiques que vous seriez susceptible de rencontrer et essayez de voir ce que vous pourriez faire pour les solutionner.
5. **écrire les pensées négatives** qui émergent à propos de la tâche et répondez-y (les reconnaître et y répondre de façon constructive). Si vous ne trouvez pas de réponse, simplement noter les pensées et discutez en avec votre thérapeute plus tard. Puis concentrez-vous sur l'activité.
6. **étape par étape**
7. **écrivez ce que vous avez fait** sur le registre des activités quotidiennes et cotez le plaisir et la valorisation (sur une échelle de 0-10)
8. **focus sur ce que vous avez fait** pas sur ce qui vous reste à faire. Attention aux pensées qui vous amènent à minimiser ce que vous avez fait
9. **faire la prochaine activité**

Problèmes qui peuvent survenir

1. **difficulté à se motiver :** dire spécifiquement à son corps de bouger (Ex. jambes, marchez; main, écrire). Plonger dans l'activité immédiatement sans se donner le temps d'être paralysé par le doute.

2. **être trop rigide :** le plan n'est qu'un guide, pas des commandements…S'il y a des imprévus qui vous empêchent de suivre votre plan (ex. amis arrivent à l'improviste) :

- **accepter l'interruption :** continuer à suivre votre plan dès que possible
- **pensez à des alternatives :** s'il y a un imprévu (ex. votre amie est malade et vous ne pouvez plus faire une marche avec elle), faites quelque chose de plaisant ou valorisant plutôt que de baisser les bras et ne rien faire
- **n'essayez pas de rattraper le temps perdu :** continuez dans votre horaire

3. **être trop spécifique ou trop général :** ne pas écrire tous les détails (ex. j'ai épousseté le divan, la causeuse, la table) ni être trop vague (ex. ménage). Ecrivez une activité à chaque heure.

4. **viser la qualité plutôt que la quantité d'activités :** écrire combien de temps vous allez consacrer à une activité plutôt que tout ce que vous allez accomplir dans le temps alloué . Par exemple, si vous n'avez pas enlevé toutes les mauvaises herbes du jardin en une heure, laissez cette tâche et félicitez vous d'avoir passé du temps dans le jardin. S'attarder à l'effort fourni plutôt que le résultat.

5. **s'attendre à un miracle :** le but immédiat est de suivre le plan, pas de guérir de la dépression. Vous vous sentirez peut être moins déprimé en accomplissant certaines activités et si vous devenez un peu plus actif, vous vous sentirez mieux, éventuellement. Par contre, il n'existe pas de solution miracle. Ne vous attendez pas à être guéri de la dépression après avoir nettoyé une armoire. Sinon, vous risquez d'être déçu.

6. **arrêtez-vous lorsque vous vous sentez bien** pas lorsque vous êtes complètement épuisé ou frustré par une activité. Ceci vous permettra de vous sentir énergisé par ce que vous venez de faire.

Melanie Fennell. Cognitive therapy for depression, 1989.
Traduit de l’anglais par Thanh-Lan Ngô

Texte préliminaire pour les participants à la thérapie cognitive basée sur la méditation.

Dépression :

La dépression est un problème très commun. Vingt pour cent (20%) des adultes deviennent sévèrement déprimés au moins une fois dans leur vie. La dépression implique des changements biologiques dans la façon dont le cerveau fonctionne et des changements psychologiques – dans la façon dont nous pensons et nous ressentons. À cause de cela, il est souvent utile de combiner des traitements médicaux pour traiter la dépression, pour agir sur le cerveau, avec des approches psychologiques qui enseignent des nouvelles façons d'aborder les pensées et les sentiments.

Traitement de la dépression.

Lorsque vous avez été déprimé(e) dans le passé, votre médecin peut vous avoir prescrit des antidépresseurs. Ils agissent par leurs actions sur les neurotransmetteurs dans votre cerveau. Dans la dépression, ces neurotransmetteurs travaillent de façon insuffisante, diminuant vos niveaux d'énergie et votre humeur, et dérangeant votre appétit et votre sommeil. Ça prend un certain temps aux antidépresseurs à corriger les neurotransmetteurs, mais la plupart des personnes verront des améliorations en six à huit semaines.

Même si les antidépresseurs habituellement travaillent bien pour réduire la dépression, ils ne sont pas une cure permanente – leurs effets continuent seulement aussi longtemps que vous continuez à les prendre. Votre médecin pourra continuer à vous prescrire des antidépresseurs pour des mois, ou même pour des années, puisque c'est maintenant la façon d'utiliser les antidépresseurs si l'on veut prévenir le retour de la dépression.

Cependant, bien des gens préfèrent utiliser d'autres méthodes pour prévenir d'autres dépressions. Ceci est le but du programme auquel vous êtes invité(e) à participer.

Prévention d'autre dépression.

Quelque soit la cause de votre dépression, l'expérience d'une dépression a des conséquences. L'une d'elles est que vos risques d'avoir une autre dépression sont augmentés. Le but de ce programme est d'augmenter vos chances de prévenir une autre dépression. Durant les séances de ce programme, vous allez apprendre des habilités pour vous aider à diriger vos pensées et vos sentiments d'une manière différente.

Puisque plusieurs personnes ont eu une dépression et sont à risque d'une autre dépression, vous allez apprendre ces habilités dans un groupe de huit personnes qui ont aussi déjà été déprimé(e)s et qui ont été traités avec des antidépresseurs. Durant huit séances de deux heures chacune le groupe va se rencontrer pour apprendre des nouvelles façons d'aborder ce qui se passe dans vos esprits, et pour partager et discuter avec les autres participants des expériences que vous allez vivre individuellement.

Travaux à domicile : l'importance de la pratique.

Ensemble, nous allons travailler pour changer des façons de penser (des « patterns ») qui ont été en opération depuis longtemps. Ces patterns peuvent être maintenant des habitudes bien ancrées. Nous pouvons nous attendre à réussir des changements seulement si nous mettons le temps et les efforts nécessaires pour apprendre de nouvelles habiletés.

Cette approche dépend entièrement sur notre volonté de faire les travaux à domicile entre les rencontres. Ces travaux à la maison vont prendre au moins une heure par jour, six jours par semaine, pour les huit semaines, que va durer le programme. Cela va comporter des tâches comme écouter des cassettes enregistrées, faire de brefs exercices, et ainsi de suite dépendant des séances. Nous reconnaissons que cela est souvent très difficile de découper une portion de temps pour quelque chose de nouveau, étant donné que vos vies sont déjà très occupées et très chargées. Cependant, cet engagement de prendre du temps pour vos travaux à domicile est une partie essentielle du programme; si vous ne vous sentez pas capable de prendre cet engagement, il serait mieux de ne pas entreprendre le programme, à ce temps-ci.

Faire face aux difficultés.

Les séances et les travaux assignés peuvent vous enseigner à être plus conscients et à vivre au présent dans chaque instant de votre vie. La bonne nouvelle est que cela va rendre votre vie plus intéressante, plus vivifiante, plus gratifiante. D'un autre côté, cela veut dire affronter ce qui est présent, même quand cela est déplaisant et difficile. En pratique, vous allez trouver que faire face et reconnaître les difficultés est la façon la plus efficace, à long terme, de réduire les malheurs. Cela est aussi essentiel, pour prévenir d'autres dépressions. Le fait d'affronter clairement vos sentiments désagréables, vos pensées négatives, ou vos expériences pénibles, à mesure qu'elles se présentent, veut dire que vous allez être en meilleure position pour les déraciner à la source, avant qu'elles ne progressent dans une dépression plus forte ou plus résistante.

Durant les séances, vous allez apprendre des façons douces d'affronter vos difficultés, et vous serez supporté(e)s par vos instructeurs et les autres membres du groupe.

Patience et persistance.

Parce que nous allons travailler à changer des habitudes de penser qui sont solidement établies, vous allez devoir investir beaucoup de temps et d'effort. Les résultats de ces efforts peuvent se manifester seulement plus tard. De bien des façons, ca ressemble beaucoup à jardiner – nous préparons le terrain, nous plantons les graines, nous nous assurons qu'elles sont bien arrosées et nourries, et alors seulement nous attendons patiemment les résultats.

Vous êtes sans doute familiers avec ce pattern comme dans votre traitement avec les antidépresseurs. Souvent, il n'y a pas de résultats jusqu'à ce que vous ayez pris la médication pour un certain temps. Néanmoins, l'amélioration de votre dépression dépendait sur votre continuation à prendre vos antidépresseurs, même lorsque vous ne sentiez pas de bénéfice immédiat.

De la même façon, nous vous demandons d'aborder les séances et les travaux à domicile avec un esprit de patience et de persistance, vous engageant à y mettre le temps et les efforts qui vous seront demandés, tout en acceptant, avec patience, que les fruits de vos efforts peuvent ne pas apparaître immédiatement.

Lors de la première rencontre, vous pourrez posez les questions que vous avez concernant cet énoncé; vous pourrez trouver utile de prendre en note les points que vous voudriez clarifier.

Bonnes expériences!

Traduit par Léon Maurice Larouche de Segal, Z, Williams, M., Teasdale, J (2002) MBCT. Guilford

SECTION VII

BIBLIOGRAPHIE

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

BECK, A.T. et coll. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*, New York : Guilford Press.

BECK, J.S. (2011). *Cognitive Therapy : Basics and Beyond*, New York : Guilford Press.

BENTLER, L.E., MACHADO, P.P.P., ENGLE, D., MOHR, D. (1993). *Differential Patient Treatment among Cognitive, Experiential and Self-directed Psychotherapies*. Journal of Psychotherapy Integration, 3, 15-30.

BLACKBURN, I.M., COTTRAUX, J. (1988). *Thérapie cognitive de la dépression*, Paris : Masson.

BLIER, P., EL MANSARI, M. (2013). *Serotonin and beyond: therapeutics for major depression.* Philosophical Transactions: Biological Sciences Vol. 368, No. 1615, The neurobiology of depression—revisiting the serotonin hypothesis. II. Genetic, epigenetic and clinical studies (5 April 2013) (pp. 1-7)

CHALOULT, L., NGO, T.L., GOULET, J., COUSINEAU, P. (2009). *La thérapie cognitivo-comportementale,* Montréal : Chenelière.

COTTRAUX, J. (1990). *Les thérapies comportementales et cognitives*, Paris : Masson.

DOBSON, K.S. (1989). *A Meta Analysis of Efficacy of Cognitive Therapy for Depression*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 57, 414-419.

FAVA, G.A., GRANDI, S., ZIELEZNY, M., RAPANELLI, C., CANESTRARI, R. (1996). *Four-year Outcome for Cognitive Behavioral Treatment of Residual Symptoms in Major Depression*. American Journal of Psychiatry, 153:7.

FENNELL, M. (1989) *Depression* dans Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. OUP

FONTAINE, O. ET WILMOTTE, J. (1984). *La dépression*, Dans Fontaine, Cottraux, Ladouceur, Clinique de thérapie comportementale, Bruxelles : Éditions Études Vivantes.

GREENBERG, D., PADESKY, C.A. (1995). *Mind over Mood*, New York : Guilford Press.

HAYES, S. STROSAHL, K, WILSON, (2011). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*, New-York : Guilford Press.

KENNEDY, S. (2009) CANMAT *clinical guidelines for the treatment of major depressive disorders in adults.* Journal of Affective Disorders,117, S1-2

KOCSIS, J.M., ZISOOK, S., DAVIDSON, J., SAFLION, R., YONKERS, K., HELLERSTEIN, D.J., ROSENBAUM, J., HALBREICH, U. (1997). *Double-Bind Comparison of Sertraline, Imipramine, and Placebo in the Treatment of Dysthymia : Psychosocial Outcomes.* American Journal of Psychiatry, 154:3.

LEAHY, R., HOLLAND, S, MCGINN, L. (2012) Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders. The Guilford Press.

LEBLANC, J. & STREIT, U. (2008*) Origines et description de la Psychothérapie interpersonnelle (PTI).* Santé ment Qué, 33, 31-47.

LUTY, S. (2007). *Randomised Controlled Trial of Interpersonal Psychotherapy and Cognitive-behavioural Therapy for Depression.* British Journal of Psychiatry 2007; 190:496—502

PROCHASKA, J.O., NORCROSS, J.C. (1994). *Systems of Psychotherapy, A Transtheoretical Analysis*, Brooks/Cole Publishing Company, Pacific Grove, California.

PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA (2006). *The Human Face of Mental Health and Mental Illness In Canada.* Récupéré du site gouvernemental: http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/index-eng.php

ROBINSON, L.A., BERMAN, J.S. NEIMEYER, P.A. (1990). *Psychotherapy for the Treatment of depression. A Comprehensive review of Controlled outcome Research*. Psychological Bulletin, 108, 30-49.

SEGAL, Z., TEASDALE, J., WILLIAMS, J. (2012) Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression. New York: Guilford Press

ANNEXE

LA PSYCHOTHÉRAPIE INTERPERSONNELLE

La psychothérapie interpersonnelle a pris naissance au début des années 80 grâce surtout aux travaux de deux Américains, Gerald Klerman, psychiatre, et Myrna Weissman, travailleuse sociale Les deux sont de formation analytique mais ils ont été surtout influencés par l'école culturaliste de Harry Stack Sullivan, Eric Fromm et Adolf Meyer qui a contribué avant tout à mettre en évidence l'importance des relations interpersonnelles sur la formation de la structure de la personnalité de même que sur le fonctionnement de l'individu au quotidien. Plus tard, les apports de John Bowlby et sa théorie de l'attachement ont aussi beaucoup influence la demarche thérapeutique

L'approche interpersonnelle a spécifiquement pour but de traiter la dépression (ce n'est que tout récemment qu'on a commencé à l'utiliser pour d'autres pathologies) et elle répond à quatre objectifs spécifiques :

- Garder les aspects utiles de la psychanalyse pour traiter la dépression mais se débarrasser des aspects inutiles et encombrants.
- Tenir d'abord compte des aspects interpersonnels qui sont primordiaux dans l'origine et le maintien de la dépression.
- À partir de là, mettre sur pied une méthode de traitement simple, facile à comprendre et aisément accessible tant aux patients qu'aux soignants.
- En vérifier l'efficacité au moyen de recherches nombreuses et rigoureuses.

Ces objectifs ont été respectés et c'est la raison pour laquelle l'approche interpersonnelle a gagné rapidement en popularité pour devenir actuellement une des formes de psychothérapie la plus utilisée dans le traitement de la dépression.

PRINCIPES FONDAMENTAUX

Voyons très brièvement d'où origine la dépression selon l'hypothèse interpersonnelle.

Au cours de la petite enfance, suite à des déficits biologiques ou environnementaux, l'individu ne parvient pas à développer des relations interpersonnelles satisfaisantes. Devenu adolescent, ses relations interpersonnelles continuent d'être déficientes et il devient plus fragile aux

pertes et à la dépression. Lorsque survient une dépression, ses faibles habiletés relationnelles diminuent à nouveau et il en résulte souvent du rejet de la part de l'entourage suivi d'isolement. Il s'établit donc un cercle vicieux : plus l'individu est rejeté, plus il déprime et plus il déprime, plus il est rejeté et isolé.

L'approche interpersonnelle a donc pour but de palier à ce déficit au niveau des relations interpersonnelles. Les principales caractéristiques de son mode d'intervention sont les suivantes :

a) Les quatre types de problèmes interpersonnels les plus fréquents et les plus importants sont : la réaction de deuil pathologique, les conflits interpersonnels surtout conjugaux, les changements de rôle (divorce, retraite, perte d'emploi, changement d'emploi, déménagement, etc.) et les déficits interpersonnels en particulier la solitude. Dans l'approche interpersonnelle, le traitement est axé sur les relations interpersonnelles et il se limite à un seul de ces problèmes, parfois deux tout au plus.

b) La psychothérapie interpersonnelle est structurée dans ce sens qu'elle est limitée dans le temps (12 à 16séances) et que les principales étapes sont bien décrites et délimitées.

c) Le thérapeute est actif et directif.

d) Il met l'accent sur les capacités du patient et il essaie surtout de lui montrer à s'adapter à ses problèmes plutôt que de les régler à jamais.

e) L'approche interpersonnelle est intégrative en ce sens qu'elle n'exclut pas la pharmacothérapie et qu'elle accepte la combinaison avec d'autres approches.

f) Elle est ouverte à la recherche qu'elle juge indispensable pour rendre la psychothérapie plus rigoureuse et efficace.

L'APPROCHE INTERPERSONNELLE DANS LE TRAITEMENT DE LA DÉPRESSION

Concrètement en clinique, l'approche interpersonnelle a développé quatre protocoles simples et relativement faciles à suivre qui correspondent aux quatre grandes problématiques interpersonnelles auxquelles elle s'intéresse. Ils comprennent tous les quatre les trois étapes suivantes:

- Bien identifier et documenter le problème.
- Établir des objectifs clairs et limités.
- Décrire la démarche à suivre pour les atteindre.

En voici une brève description.

La réaction de deuil

a) Bien diagnostiquer la présence d'un deuil pathologique (voir les sept indices les plus importants : Klerman, Weissman, *Interpersonal Psychotherapy of depression,* p. 98).

b) Objectifs :

- Faciliter le processus de deuil.
- Permettre au patient de rétablir des intérêts et des relations pouvant se substituer à ceux ou celles qui ont été perdus.

c) Comment procéder :

- Discuter des circonstances et des conséquences entourant le décès ou la perte.
- Identifier et travailler les émotions dysfonctionnelles reliées à la perte.
- Identifier et modifier les croyances dysfonctionnelles concernant la perte.
- Aider la personne à se refaire de nouveaux intérêts ou de nouvelles relations sociales (aspect comportemental).

Les conflits interpersonnels surtout conjugaux

a) Bien documenter la présence et la nature du ou des conflits.

b) Objectifs :

- Aider le patient à bien identifier la présence et la nature des conflits.
- Réévaluer et modifier les attentes irréalistes.
- Modifier les communications inadéquates.

c) Comment procéder :

- Identifier l'état présent de la relation de couple (renégociation, impasse, dissolution).
- Identifier les attentes et les rendre plus réalistes.
- Améliorer la communication.
- Si le couple se sépare, traiter le patient comme dans une réaction de deuil.

Les changements de rôle

a) Identifier les principaux stresseurs responsables de la dépression suite au changement de rôle :

- Perte de support familial ou autres attaches.
- Présence d'émotions dysfonctionnelles : anxiété, tristesse, colère, etc.
- Difficultés à s'adapter aux nouvelles exigences du nouveau rôle.

- Diminution de l'estime de soi suite au changement de rôle (départ du conjoint, vieillissement, etc.)

  b) Objectif :

- Faciliter le deuil de l'ancien rôle et l'adaptation au nouveau rôle.

  c) Comment procéder :

- Identifier et restructurer les émotions dysfonctionnelles rattachées à la perte de l'ancien rôle ainsi qu'aux difficultés d'adaptation au nouveau rôle.
- Acquisition de nouvelles habiletés pour s'adapter au nouveau rôle.
- Développer de nouveaux intérêts et de nouvelles relations interpersonnelles valables dans le cadre du nouveau rôle.

Les déficits interpersonnels (se manifestant surtout par une solitude extrême)

a) Bien documenter la nature du déficit interpersonnel, les stresseurs qui en résultent et leur rôle dans l'étiologie de la dépression.

b) Objectif :

- Diminuer l'isolement du patient.

  c) Comment procéder :

- Revoir les aspects négatifs et positifs des relations interpersonnelles importantes dans le passé de l'individu.
- Exploration des aspects répétitifs dans ces relations.
- Identifier et restructurer les émotions et les croyances dysfonctionnelles du patient concernant ces relations plus ou moins ratées. Explorer les émotions et les croyances concernant la relation présente avec le thérapeute.
- Enseigner les habiletés sociales au patient (jeu de rôle).
- L'inciter à développer de nouvelles relations sociales.